

FINAL TECHNICAL REPORT / RAPPORT TECHNIQUE FINAL INFORME FINAL DEL PROYECTO: SALUD INDÍGENA, INEQUIDADES SOCIALES E INTERCULTURALIDAD: INVESTIGACIÓN Y EVALUACIÓN CRÍTICA DE INTERVENCIONES IMPLEMENTADAS EN EL PERÚ

YON, CARMEN J.;

SALAS, ROSARIO;PORTUGAL, TAMIA;

© 2017, INSTITUTO DE ESTUDIOS PERUANOS



This work is licensed under the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction, provided the original work is properly credited.

Cette œuvre est mise à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode>), qui permet l'utilisation, la distribution et la reproduction sans restriction, pourvu que le mérite de la création originale soit adéquatement reconnu.

**PROYECTO: SALUD INDÍGENA, INEQUIDADES SOCIALES E
INTERCULTURALIDAD: INVESTIGACIÓN Y EVALUACIÓN CRÍTICA DE
INTERVENCIONES IMPLEMENTADAS EN EL PERÚ**

Subvención No. 107433-001

Informe final del proyecto

20 de agosto de 2013 - 20 de octubre de 2017

Por: Carmen Yon Leau, Ph.D.

Con la colaboración de: Rosario Salas y Tamia Portugal.

Instituto de Estudios Peruanos

Lima, 2 de noviembre de 2017

Instituto de Estudios Peruanos (IEP)
Horacio Urteaga 694- Jesús María/ Arnaldo Márquez 2277- Jesús María
LIMA-PERU

Coordinadora del Proyecto: Carmen Yon Leau.

Investigadoras a cargo de los estudios y el monitoreo de los proyectos de mejora:
Carmen Yon Leau, Tamia Portugal Teillier, Claudia Chávez Carhuamaca (agosto 2013-
mayo 2015), Giovanna Fuentes Quintanilla (setiembre-diciembre de 2015) y Carolina
Goyzueta Castro (enero-noviembre 2016).

Asistente del Proyecto: Rosario Salas Meza.

Información de contacto: cyon@iep.org.pe
Cel. (511) 989 688 875

TABLA DE CONTENIDOS

	RESUMEN EJECUTIVO	8
I.	EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y APORTES DEL PROYECTO	10
II.	OBJETIVOS	12
III.	ETAPAS DEL PROYECTO Y METODOLOGÍA	13
IV.	AVANCES EN OBJETIVOS DEL PROYECTO	
	1. Objetivo específico 1: Analizar cómo se ha abordado la salud intercultural y las inequidades sociales en la formulación de las políticas y programas de salud dirigidos a las poblaciones indígenas.	14
	2. Objetivo específico 2: Identificar buenas prácticas, limitaciones y barreras en la implementación de las iniciativas de salud intercultural destinadas a mejorar la salud y el bienestar de las comunidades indígenas.	17
	3. Objetivo específico 3: Evaluar la calidad de los servicios de salud a cargo de los programas de salud intercultural existentes.	21
	4. Objetivo específico 4: Realizar recomendaciones orientadas a incrementar el conocimiento y reconocimiento de los sistemas de salud indígenas, así como mejorar las iniciativas de salud intercultural existentes.	22
	5. Objetivo específico 5: Promover la implementación de acciones específicas favorables al fortalecimiento de buenas prácticas y su incorporación en programas de salud dirigidos a la salud de los pueblos indígenas.	24
V.	SÍNTESIS DE LOS RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS Y PUBLICACIONES DE LOS MISMOS	
	1. CASO 1: Programa de soberanía alimentaria para disminuir la desnutrición infantil de CHIRAPAQ (población quechua, Ayacucho)	28
	2. CASO 2: Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural de AIDSEP (población awajún y wampis, Amazonas)	32
	3. CASO 3: Atención del parto vertical con adecuación intercultural de la Red de Salud de Churcampá (población quechua, Huancavelica)	35
	4. PUBLICACIONES DE LOS ESTUDIOS.	42
VI.	RESULTADOS DEL PROYECTO EN EL ÁMBITO DE DESARROLLO DE CAPACIDADES	43
VII.	RESULTADOS DEL PROYECTO EN EL ÁMBITO DE LA INCIDENCIA EN POLÍTICAS PÚBLICAS	45
VIII.	PROBLEMAS Y RETOS	55
IX.	REFLEXIONES Y RECOMENDACIONES EN ASPECTOS DE LA GESTIÓN DEL PROYECTO (EN RELACIÓN AL IDRC)	58
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59

ANEXOS

ANEXO 1.	ANEXO DEL REPORTE TÉCNICO EN EL FORMATO IDRC	62
ANEXO 2.	MAPAS DE ZONAS DE ESTUDIO	70
ANEXO 3.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DE INVESTIGACIONES CON INVESTIGADORES Y DECISORES A NIVEL LOCAL, REGIONAL Y NACIONAL	
3.1.	Presentación de resultados del estudio <i>Los aportes de los egresados del Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica de AIDSESEP a la salud intercultural. Estudio de caso de dos comunidades de Amazonas</i>	
	. Programa de la presentación del estudio en Chachapoyas, Amazonas. 4 marzo 2016	73
	. Fotos de la presentación del estudio en Chachapoyas, Amazonas	74
	. Número y tipo de participantes de la presentación del estudio en Chachapoyas, Amazonas	76
	. Notas de prensa sobre la presentación en Chachapoyas, Amazonas	76
	. Fotos de presentación del estudio en las comunidades de Aintam y Centro Wawik de Amazonas, 18 y 20 noviembre 2015	77
	. Número y tipo de participantes de la presentación en comunidades de Aintam y Centro Wawik de Amazonas	78
3.2.	Presentación del estudio <i>Los retos para enfrentar la desnutrición infantil: “Saber y No Poder. Un estudio de caso en Vilcas Huamán (Ayacucho).</i>	
	. Programa de la presentación del estudio en Ayacucho, 21 julio 2016	79
	. Fotos de la presentación del estudio en Ayacucho	80
	. Número y tipo de participantes de la presentación del estudio en Ayacucho	81
	. Nota de prensa sobre la presentación en Ayacucho	81
	. Fotos de presentación de resultados en las comunidades de San Juan de Chito y Huallhua de Vilcas Huamán, Ayacucho, 23 julio 2016	82
	. Número y tipo de participantes de la presentación en comunidades de San Juan de Chito y Huallhua de Vilcas Huamán, Ayacucho	82
3.3.	Presentación de resultados del estudios sobre el servicio de salud materna con adecuación intercultural de la Red de Salud de Churcampa, Huancavelica	
	. Nota de prensa de presentación a nivel nacional ante decisores de políticas públicas del caso Churcampa, Lima, junio 2016	83
	. Notas de prensa de la presentación de resultados en el I Simposio de Antropología Médica, Lima, mayo 2016	83
3.4.	Seminario Salud de Pueblos Indígenas, Inequidades Sociales e Interculturalidad. Lima	
	. Nota conceptual del Seminario	83
	. Programa de la Sesión 1: Salud intercultural y formación de personal de salud, Lima, 24 agosto 2017	85
	. Programa de la Sesión 2: Salud infantil, seguridad alimentaria e interculturalidad, Lima, 19 setiembre 2017	86
	. Programa de la Sesión 3: Atención del parto, pertinencia cultural y enfoque de derechos, Lima, 11 octubre 2017	88

	. Número y tipo de participantes del Seminario	89
	. Notas de prensa del Seminario	89
	. Fotos del Seminario	90
ANEXO 4.	EVENTOS PARA FORTALECIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS	
4.1.	Taller de capacitación “Derechos y Salud Intercultural” para personal de salud, Churcampa, Huancavelica, 15-16 agosto 2016	
	. Número y tipo de participantes por establecimiento de salud	93
	. Promedio de calificaciones de los pre y post test a los participantes	93
	. Evaluación de la capacitación	93
	. Fotos de la capacitación	94
4.2.	Taller capacitación “Fortalecimiento de competencias sobre los fundamentos técnicos y procedimentales en la atención del parto vertical con pertinencia intercultural dirigido al personal con responsabilidades obstétricas y neonatales del primer nivel de atención”, Churcampa, Huancavelica, 27-28 setiembre 2016	
	. Programa de la capacitación	95
	. Número y tipo de participantes por establecimiento de salud	95
	. Resultados de las calificaciones individuales pre y post de los participantes	96
	. Evaluación de la capacitación	97
	. Fotos de la capacitación	
4.3.	Reuniones de trabajo para la validación de los protocolos de atención del parto vertical con pertinencia intercultural y de la atención inmediata del recién nacido en el parto vertical con pertinencia intercultural en la provincia de Churcampa, Huancavelica	
	. Programa de la reunión de validación de protocolos, Churcampa, 27 octubre 2016	97
	. Número y tipo de participantes por establecimiento de salud, Churcampa, 27 octubre 2016	98
	. Número y tipo de participantes por establecimiento de salud de la reunión de validación final de protocolos, Churcampa, 19 diciembre 2016	98
	. Fotos de participantes	98
4.4.	Visita y sesiones de trabajo con representantes del Frente de Defensa del Pueblo, CONDECOS, ACS y el Centro de Salud Churcampa para (re)conocer los servicios de salud con pertinencia intercultural, Churcampa, Huancavelica	
	. Número y tipo de participantes en reuniones de trabajo del 14 setiembre y 1 de diciembre 2016	99
	. Número y tipo de participantes en la visita del 7 de octubre	99
	. Fotos de la visita	100
4.5.	Reuniones de diálogo intercultural entre el personal de salud, parteras y otros especialistas indígenas para el intercambio de saberes en torno a la salud materna y perinatal y lograr acuerdos de trabajo coordinado	
	. Número y tipo de participantes en la reunión de parteras y otros especialistas tradicionales con el personal de salud establecimientos de salud de Churcampa, Huancavelica, 11 octubre 2016	101
	. Fotos de la reunión	101
	. Número y tipo de participantes en la reunión de parteras y el personal de salud del Centro de Salud Churcampa, Huancavelica, 9 diciembre 2016	102

4.6.	Visita de monitoreo a establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales Básicas-FONB de Churcampá, Huancavelica	
	. Cuadro de evaluación de la visita al Centro de Salud Anco, 13 diciembre 2016	102
	. Cuadro de evaluación de la visita al Centro de Salud Paucarbamba, 14 diciembre 2016	103
	. Cuadro de evaluación de la visita al Centro de Salud Churcampá, 14 diciembre 2016	105
	. Fotos de las visitas	107
4.7.	Presentación de la política para atención del parto y del recién nacido a personal de salud de la Red de Salud de Churcampá, 31 enero 2017	
	. Participantes reunión de transferencia y compromisos finales del Proyecto de Fortaleciendo la Institucionalidad del Parto y la salud Materna con Pertinencia Cultural y Enfoque de Derechos en la Red de Salud Churcampá	108
	. Acta de entrega de política para atención de parto y del recién nacido con enfoque intercultural en la Red de Salud Churcampá	109
	. Nota de prensa de la presentación	113
	. Fotos de la reunión	114
4.8.	Presentación del módulo intercultural de educación alimentaria en Ayacucho, 13 octubre 2017	
	. Programa de la presentación del módulo en Ayacucho	115
	. Número y tipo de participantes en la presentación del módulo	115
	. Fotos de la presentación	116
	. Notas de prensa de la presentación	116
ANEXO 5	INNOVACIONES IDENTIFICADAS	
5.1	I Encuentro de enfermeros técnicos en salud intercultural amazónica de AIDESEP y autoridades del gobierno central, Lima, 28-30 mayo 2016	
	. Programa del I Encuentro de Egresados del Programa de Formación de enfermeros técnicos en salud intercultural Amazónica de AIDESEP	118
	. Número y tipo de participantes del Encuentro	121
	. Notas de prensa del Encuentro	121
	. Fotos del Encuentro	122
	. Video de presentación de propuestas y acuerdos para implementar la salud intercultural en pueblos indígenas amazónicos	125
	. Video de testimonios de enfermeros técnicos en salud intercultural	125
	. Memorial a autoridades de participante al I Encuentro de Egresados del Programa de Formación de enfermeros técnicos en salud intercultural Amazónica de AIDESEP	125
5.2.	Formación de la Asociación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica del Perú - Acta de Constitución, aprobación de estatuto y elección de junta directiva	125
5.3.	Ordenanza Regional N°388-Gobierno Regional Amazonas/CR, 30 junio 2016	135
	. Ordenanza regional . Video de la entrevista a Clelia Jima. Consejera regional indígena de Amazonas . Notas de prensa sobre ordenanza regional	

5.4.	Política para la atención del parto y del recién nacido con enfoque intercultural en la Red Salud Churcamp	135
	A. Plan de implementación de la política para la atención del parto y del recién nacido con enfoque intercultural en la Red de Salud Churcamp	139
	B. Marco teórico para capacitación en salud intercultural y diseño metodológico de capacitación en salud intercultural y pueblos indígenas	140
	C. Pautas para fortalecimiento de competencias sobre los fundamentos técnicos y procedimentales en la atención del parto vertical con pertinencia intercultural y diseño metodológico de capacitación en fortalecimiento de capacidades	169
	D. Perfiles de puestos: médico cirujano, enfermera y obstetra	170
	E. Perfil de servicios de salud del primer nivel de atención que brindan atención integral en la gestación, parto y puerperio con pertinencia intercultural	193
	F. Protocolo de atención inmediata del recién nacido normal en el parto vertical con pertinencia intercultural, aprobado por el Gobierno Regional de Huancavelica	196
	G. Protocolo de atención del parto vertical con pertinencia intercultural en el primer nivel de atención de salud, aprobado por el Gobierno Regional de Huancavelica	196
	H. Guía metodológica para reconocimiento y la capacitación en vigilancia ciudadana de los servicios de salud del primer nivel de atención con pertinencia de la provincia de Churcamp	196
	I. Acuerdos de las reuniones de diálogo entre parteras y proveedores de salud de los establecimientos de salud de Churcamp, Anco y Paucarbamba, Churcamp, 11 octubre 2016	212
	J. Listado de materiales comunicacionales - Cartilla “Para garantizar el derecho a la salud de las gestantes desde un enfoque intercultural” SSSL – IEP - Spots radiales sobre derechos de las gestantes a la salud intercultural	212
	. Nota de prensa sobre aprobación de protocolos	213

RELACIÓN DE DOCUMENTOS PARA REVISION DE LA OFICIAL DEL PROGRAMA

1. Informes estudio cualitativo sobre nutrición en las comunidades San Antonio de Cocha e Inmaculada de Huallhua, provincia de Vilcas Huamán, región Ayacucho, Perú. Tamia Portugal.
2. Informe de estudio de consumo de alimentos en niños y niñas de 6-35 meses y mujeres en edad fértil de comunidades quechuas. Proyecto “Mejora para el programa de Soberanía y Seguridad Alimentaria”-Distritos de Saurama y Huambalpa, Ayacucho, Perú. Rocío Vargas Machuca.
3. Módulo de Educación Alimentaria Intercultural para la nutrición de niños, niñas y mujeres en zonas andinas. Elaboración del Módulo: IEP: Tamia Portugal y Carmen Yon; CHIRAPAQ: Tarcila Rivera y Anicé Rimari. En prensa.
4. Balance de los materiales educativos en alimentación y nutrición en el Perú. Un diálogo por empezar. En prensa, se publicará en el libro con ponencias del Seminario final del proyecto. Rocío Vargas Machuca.

5. Índice del libro Salud de los Pueblos Indígenas, Desigualdades Sociales e Interculturalidad, con de ponencias del Seminario final del proyecto. En prensa.
6. Artículo “La interculturalidad realmente existente en salud”. Carmen Yon. En prensa. Se publicará en *Argumentos*, Revista de Análisis y Crítica.

RELACIÓN DE DOCUMENTOS PUBLICADOS

1. Artículo “Salud para todos y todas en un país desigual y diverso: Buenas señales y pronto desafíos”. En *Argumentos*, Revista de Análisis y Crítica. Año 10, No 3. Disponible en: <http://revistaargumentos.iep.org.pe/articulos/salud-todos-todos-pais-desigual-diverso-buenas-senales-pronto-desafios/>

RELACIÓN DE DOCUMENTOS EN LITERATURA GRIS

1. Documento de trabajo: Chávez, Claudia, Carmen Yon y Cynthia Cárdenas. *El aporte de los egresados del Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica de AIDSESEP a la salud intercultural*. Lima: IEP, 2015: <http://repositorio.iep.org.pe/handle/IEP/450>
2. Documento de trabajo: Portugal, Tamia, Carmen Yon y Rocío Vargas Machuca. *Los retos para enfrentar la desnutrición infantil: “Saber y no poder”*. Un estudio de caso en Vilcas Huamán (Ayacucho). Lima: IEP, 2016. <http://repositorio.iep.org.pe/handle/IEP/404>
3. Documento de política: Chávez, Claudia, Carmen Yon y Cynthia Cárdenas. *El aporte de los egresados del Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica de AIDSESEP a la salud intercultural*. Lima: IEP, 2015.
4. Documento de política: Portugal, Tamia, Carmen Yon y Rocío Vargas Machuca. *Los retos para enfrentar la desnutrición crónica infantil en comunidades rurales andinas*. Lima: IEP, 2016.
5. Cárdenas Palacios y María A. Pesantes. *Entrecruzando Ríos. Sistematización de la propuesta pedagógica de formación de enfermeros técnicos en salud intercultural de AIDSESEP*. Lima: IEP y AIDSESEP, 2017. <http://repositorio.iep.org.pe/handle/IEP/523>
6. Cartilla “Para garantizar el derecho a la salud de las gestantes desde un enfoque intercultural”. Salud sin Límites Perú-SSLP e IEP, 2017. https://issuu.com/saludsinlimitesperu/docs/cartilla_para_garantizar_el_derecho
7. Protocolo de atención del parto vertical con pertinencia intercultural en el primer nivel de atención de salud. Aprobado por R.D. N°019/2017/GOB.REG.HVCA/GSRCH-UORSCH. Aprueba: Elmer Saravia, Red de Salud Churcampá, Huancavelica, Perú, 27 abril 2017.
8. Protocolo de atención inmediata del recién nacido normal en el parto vertical con pertinencia intercultural. Aprobado por R.D. N°020/2017/GOB.REG.HVCA/GSRCH-UORSCH. Aprueba: Elmer Saravia, Red de Salud Churcampá, Huancavelica, Perú, 27 abril 2017.

I. RESUMEN EJECUTIVO

“Salud indígena, inequidades sociales e interculturalidad: investigación y evaluación crítica de intervenciones implementadas en el Perú” es un proyecto que se propone realizar una evaluación crítica de políticas y programas relacionados con la salud intercultural y los pueblos indígenas en Perú, con un especial énfasis en los desencuentros culturales en salud, los determinantes sociales de la salud y las relaciones entre el estado y la sociedad en la formulación e implementación de políticas y programas de salud. En segundo lugar, esta iniciativa tiene como objetivo difundir y promover la implementación de buenas prácticas y lecciones aprendidas de las intervenciones en salud intercultural, así como sobre las condiciones sociales que las favorecen.

Para poner en práctica estos objetivos, el proyecto ha investigado en profundidad tres intervenciones (estudios de casos) destinadas a mejorar la salud de los pueblos indígenas. Estos casos corresponden a iniciativas llevadas a cabo por la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana-AIDSEP (formación de enfermeros técnicos indígenas en salud intercultural), el Centro de Culturas Indígenas del Perú CHIRAPAQ (soberanía y seguridad alimentaria para disminuir la desnutrición infantil) y la Red de Salud de Churcampa (atención del parto con adecuación intercultural). Las dos primeras son organizaciones indígenas de la sociedad civil y la última, es una institución estatal de salud. Luego de finalizados los estudios, el IEP ha elaborado recomendaciones de política basadas en la evidencia de estas investigaciones, así como ha apoyado el diseño e implementación de pequeños proyectos de mejora para fortalecer las intervenciones investigadas. De ese modo, el proyecto busca contribuir a reducir las inequidades en salud de los pueblos indígenas del Perú a través de influir en determinantes intermedios como: programas de salud más adecuados y culturalmente apropiados para los pueblos indígenas; el reconocimiento de los conocimientos médicos indígenas y sus contribuciones a las iniciativas de salud intercultural y el sistema de salud peruano; la igualdad de oportunidades para participar en el diseño y evaluación de programas de salud intercultural; y las oportunidades de obtener apoyo técnico y financiero para la implementación de buenas prácticas en materia de salud indígena.

En el presente informe se detallan los resultados de los tres estudios de caso, los que ya han sido presentados y discutidos con actores clave de instituciones del Estado y la sociedad civil tanto en ámbitos locales, como regionales y nacionales. Nuestros estudios evidencian esfuerzos heterogéneos en cuanto a posibilidades reales de reconocimiento de la medicina indígena y de establecer relaciones sociales más equitativas con usuarias de pueblos indígenas u originarios, a quienes se han dirigido principalmente las intervenciones de salud con estas poblaciones que buscan ser interculturales. El caso de la Red de Salud de Churcampa, considerado emblemático, ejemplifica muy bien los esfuerzos estatales en materia de salud indígena y salud intercultural: estos han estado concentrados en la atención del parto para la disminución de la muerte materna y han sido inevitablemente mediados por las desiguales relaciones entre Estado y ciudadanas indígenas y pobres, así como por las jerarquías entre proveedores de salud de la medicina oficial y terapeutas de los pueblos originarios. Estas asimetrías han limitado cambios significativos en relaciones sociales e intercambios culturales, y han dado lugar a una interculturalidad funcional a metas de actividades puntuales, como el incremento del parto institucional, en las que han primado cambios de infraestructura, la incorporación de algunas prácticas de atención y la tendencia a excluir a las parteras.

Son las organizaciones indígenas como AIDSESP y CHIRAPAQ, o las ONG que impulsaron inicialmente la experiencia del parto vertical, las que han introducido formas más críticas de interculturalidad que retan estas desigualdades y jerarquías. Nuestros estudios muestran que para favorecer estos últimos procesos se requiere seguir bogando por un marco institucional y valorativo favorable tanto en la formación superior (p.ej. en criterios de acreditación) como en el desempeño laboral de los profesionales de salud (p.ej. en criterios de evaluación e incentivos al desempeño) y de los servicios brindados por los establecimientos de salud estatales (p.ej. incorporación en indicadores del presupuesto por resultados), para que la interculturalidad en salud se entienda realmente como parte de la salud pública y de los derechos de la población.

La interculturalidad en salud es solo uno de los requisitos para que los servicios sanitarios puedan atender mejor las necesidades de salud de los pueblos indígenas y otras poblaciones. Estos esperan que los servicios estén mejor provistos de recursos humanos, medicinas y equipamiento para que cumplan mínimamente con resolver problemas de salud que sus recursos terapéuticos no logran, lo que en el marco de la actual crisis del sector salud no viene sucediendo y genera mayores desconfianzas.

En la segunda fase del proyecto se realizaron tres pequeños proyectos, llamados proyectos de mejora (PM), con base en los estudios de caso y en convenio con tres instituciones aliadas (CHIRAPAQ, AIDSESP y Salud sin Límites-Perú). En el marco de estos PM se han desarrollado siete iniciativas que podemos destacar. Dos de ellas son el Encuentro y la Asociación de enfermeros técnicos en salud intercultural, que se realizaron en el proyecto de mejora de AIDSESP. Se trata de innovaciones de carácter organizacional que facilitan el intercambio y fortalecimiento de personal de salud formado en salud intercultural, así como su interacción con autoridades regionales y nacionales. Otras dos, son la Ordenanza regional que favorece la contratación de personal con formación en salud intercultural y que hable la lengua materna de la población (PM de AIDSESP), y la Política para la atención del parto y del recién nacido con enfoque intercultural en la red de salud de Churcampa (PM Churcampa). En este caso, son instrumentos de política que favorecen la institucionalización de la salud intercultural en ámbitos regionales y locales. Finalmente, se llevaron a cabo tres iniciativas de carácter informativo y formativo: el Módulo de Educación Alimentaria Intercultural para mejorar la nutrición de niños, niñas y mujeres en zonas andinas (PM de CHIRAPAQ), así como la cartilla y los spots radiales sobre el derecho a la salud de las gestantes desde un enfoque intercultural (PM de Churcampa). Se trata de innovaciones para promover procesos de información y educación desde una perspectiva intercultural y de derechos que buscan generar, regional y localmente, procesos reflexivos y de ciudadanía acorde con los marcos normativos nacionales existentes. Estos últimos, si bien son favorables a la interculturalidad (p. ej. Normas Técnicas para la atención del parto desde una perspectiva intercultural y Política sectorial de Salud Intercultural), no han logrado concreción desde una perspectiva de derechos en los ámbitos estudiados. El material ofrecido ha buscado responder a contextos culturales específicos y ofrece una perspectiva que busca fortalecer metodologías y enfoque que reconozcan la diversidad cultural y los derechos en salud de los pueblos indígenas y originarios.

PROYECTO: SALUD INDÍGENA, INEQUIDADES SOCIALES E INTERCULTURALIDAD: INVESTIGACIÓN Y EVALUACIÓN CRÍTICA DE INTERVENCIONES IMPLEMENTADAS EN EL PERÚ

I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y APORTES DEL PROYECTO

La salud es un ámbito donde se pueden evidenciar con mucha nitidez la gravedad de las consecuencias de la marginación y las inequidades sociales que afectan a las poblaciones indígenas. A la vez, es un área en que los desencuentros culturales evidencian la urgencia de implementar políticas públicas adecuadas para mejorar sus condiciones de vida y salud. Según los Análisis de Situación de Salud (ASIS) de diversos pueblos amazónicos (Nanti, Shipibo Konibo, Matsigenka), el 50% de fallecimientos ocurren antes de los 40 años, es decir, 20 años antes que la mediana nacional que es de 64 años. Estas muertes prematuras estarían relacionadas, entre otras razones, con la falta de acceso a servicios de salud (MINSA 2011). Más de la mitad de las comunidades indígenas amazónicas no cuentan con ningún establecimiento de salud (59,1%). De las comunidades que sí cuentan con establecimientos de salud de algún tipo, solo 10,9% cuentan con un centro de salud, mientras la mayoría de comunidades solo cuentan con servicio de botiquín (45,4%) o puesto de salud (42,3%) (Censo de Comunidades Nativas de 2007).

Los indicadores disponibles de salud materna e infantil también evidencian brechas notables entre los departamentos del país con mayor porcentaje de poblaciones indígenas y los promedios nacionales. En el estudio realizado por la OPS en las provincias de Bagua y Condorcanqui de la región Amazonas, el porcentaje de niños desnutridos en poblaciones fue superior al 50% en ambos casos, mientras que entre la población no indígena las cifras fueron de 12.2% en Bagua y de 31.7% en Condorcanqui (OPS 2012). Así mismo, investigaciones epidemiológicas sobre ITS y VIH muestran prevalencias más elevadas en poblaciones amazónicas estudiadas. Según el estudio de Orellana y colegas (2008), mientras la prevalencia del VIH en zonas urbanas a nivel nacional se estima en 0.14%, en las comunidades amazónicas estudiadas, se trataría de 0.31%. El contraste es mayor en el caso de sífilis reciente (0.26% versus 3.74% de la población) y clamidia (6.5% versus 12.78%).

La revisión de la situación epidemiológica, así como las investigaciones cualitativas (ej. Anderson et. al. 1999; Dierna et. al 1999; Fuller 2009; Hvalkof 2003; Bant y Motta 2001; Yon 2000; Bant y Motta 2001; Medina 2006; UNICEF 2010) y políticas (ej. MINSA 2012; Nureña 2009; Rivera 2004) revisadas al inicio de este proyecto, tienen en común dos aspectos: uno primero, la constatación de las notables brechas entre los pueblos indígenas y el resto del país en indicadores de salud y otras condiciones de vida (como agua y saneamiento; acceso a la educación; seguridad alimentaria). Uno segundo es la necesidad de un enfoque intercultural que permita que las políticas y programas de salud puedan responder mejor a las necesidades de salud de esta población particularmente vulnerable y excluida. Varios de estos estudios, también resaltaban la manifestación de las desigualdades de género y la discriminación étnica como factores estructurales que intervienen de manera conjunta en la falta de acceso a los servicios de salud. Nuestros estudios de caso, han permitido darle un contenido más específico a lo que se entiende por interculturalidad en salud en las experiencias peruanas existentes y

mostrar que al menos, es posible distinguir dos formas de significar la interculturalidad que ya se vienen implementando. De una parte, las organizaciones indígenas, han puesto un fuerte énfasis en la revalorización e incorporación de la medicina indígena. De parte de los servicios oficiales de salud, prima una interculturalidad que es funcional a las metas del sector en áreas muy específicas, como la atención del parto. A la vez, se observan matices y formas de negociación que se dan entre ambas propuestas, aunque prevalece una marcada desigualdad de poder. Una contribución en el terreno de las políticas públicas del proyecto, ha sido mostrar aportes sustanciales y concretos que las organizaciones indígenas como AIDSESP y CHIRAPAQ tienen que hacer en el entendimiento de una interculturalidad que reconoce la ciudadanía indígena, su cultura, especialistas y prácticas de salud. Así mismo, ha permitido establecer espacios de discusión con autoridades regionales y nacionales del sector salud oficial (ver Anexo 3), y elaborar instrumentos de política (Ver Anexo 5, p. ej. Ordenanza regional de Amazonas que reconoce el uso de la lengua indígena y formación en salud intercultural en la evaluación del personal de salud que labora en zonas indígenas; Política para la atención del parto y del recién nacido con enfoque intercultural en la Red de Salud Churcampa).

Nuestros estudios muestran los límites de mecanismos de inclusión redistributivos en salud, como es la afiliación al Sistema Integral de Salud (SIS), en tanto no se aborden simultáneamente otras formas de exclusión que dificultan esta afiliación, así como la mejora de la calidad de atención de los servicios. En el estudio que realizamos (Chávez et. al 2015), se muestra que parte de la población indígena de Amazonas entrevistada no logra afiliarse debido a la dificultad que aun tienen para acceder al documento nacional de identidad y también, se aprecia una serie de malentendidos respecto a las reglas de SIS sobre las frecuencias de las atenciones, así como un sector de la población que desconfía de los servicios de salud.

Los estudios de caso que realizamos evidencian también que es indispensable que las propuestas de incorporación de la interculturalidad en salud vayan juntamente con otros mecanismos de mejora de la calidad de atención de los establecimientos de salud (específicamente: mejora de su capacidad resolutoria) y de las condiciones laborales mínimas de los prestadores de salud que laboran en las áreas más alejadas. Así mismo, resaltan la importancia de contar con indicadores de incorporación de la interculturalidad en los mecanismos existentes de asignación de recursos a los servicios de salud, como el presupuesto por resultados. Finalmente, en los tres casos, se evidencia la necesidad de realizar mejoras tanto dentro como fuera del sector salud para mejorar los indicadores de salud de la población. Así, en el caso de la desnutrición crónica infantil, es indispensable que se aborden temas de seguridad alimentaria, agua segura y saneamiento, así como la sobrecarga del trabajo de las mujeres. En el tema del parto y la implementación de la salud intercultural por parte del personal indígena formado en este enfoque, se evidencia la urgencia de hacer cambios en la currícula de formación de técnicos y profesionales de la salud, pues de otro modo, la puesta en práctica de la interculturalidad y su vinculación con un enfoque de derechos está muy supeditada a personas específicas, lo que se ve afectado por la rotación del personal y cambio de autoridades.

En el plano de las acciones desarrolladas para tener incidencia en políticas públicas que contribuyan a mejorar la salud indígena, nuestra experiencia muestra que se requiere fortalecer a las organizaciones indígenas y el accionar de las ONG, universidades y

otras instancias que puedan ser escuchadas por el Estado, para así lograr un contrapeso respecto a las visiones menos críticas de la salud pública y la interculturalidad que siguen siendo hegemónicas en el sector público. Nuestro proyecto ha logrado avanzar en este sentido, al visibilizar y difundir entre actores clave (Estado, investigadores especializados y cooperación internacional) los avances y propuestas de AIDESEP en la formación intercultural del personal de salud, la propuesta de CHIRAPAQ sobre la soberanía y seguridad alimentaria con recursos locales para disminuir la DCI en zonas quechuas, así como una visión crítica de las limitaciones de la interculturalidad en el parto. Las organizaciones indígenas involucradas reconocen la importancia de nuestros estudios para sustentar la validez y pertinencia de sus propuestas, las que además se encuentran en consonancia con el marco legal e institucional de la política sectorial de salud intercultural aprobada en abril del año 2016. Así mismo, diferentes especialistas y asesores del sector salud que acudieron a nuestro seminario final, comentaron muy positivamente los logros alcanzados por el IEP y sus contrapartes en el uso de la investigación para hacer mejoras en políticas públicas. Sin embargo, si bien hemos logrado avances mediante los proyectos de mejora, como se describe en el acápite correspondiente, su continuidad y sostenibilidad requiere de la confluencia de diferentes actores de la sociedad civil que puedan seguir siendo interlocutores y vigilantes de las instituciones estatales y sus políticas.

II. OBJETIVOS

Objetivos generales:

- Realizar una evaluación crítica de programas relacionados con la salud intercultural y los pueblos indígenas en el Perú, con un especial énfasis en las conexiones entre la salud intercultural y las inequidades sociales, así como en las relaciones entre el estado y la sociedad en la formulación e implementación de estas intervenciones de salud.
- Difundir y promover la implementación de lecciones aprendidas de las intervenciones en salud intercultural estudiadas, así como sobre las condiciones sociales que las favorecen.

Objetivos específicos:

- Analizar cómo se ha abordado la desigualdad social y la interculturalidad en las políticas y programas de salud estudiados.
- Identificar buenas prácticas, limitaciones y barreras en el diseño e implementación de iniciativas de salud intercultural dirigidas a mejorar la salud y bienestar de los pueblos indígenas.
- Evaluar la calidad de los servicios de salud de los programas de salud y nutrición dirigidos a las poblaciones indígenas.
- Realizar recomendaciones orientadas a incrementar el conocimiento y reconocimiento de los sistemas de salud y nutrición indígenas.
- Promover la implementación de acciones específicas favorables al reconocimiento y fortalecimiento de buenas prácticas y lecciones aprendidas tanto del sistema biomédico como de los sistemas de salud indígenas que contribuyan a mejorar la salud de los pueblos indígenas.

III. ETAPAS DEL PROYECTO Y METODOLOGÍA

Este proyecto se ha desarrollado en dos fases. La primera estuvo orientada a la investigación y la disseminación de resultados y recomendaciones entre personas clave en la toma de decisiones relacionadas con la salud y nutrición de los pueblos indígenas. La segunda fase se propuso facilitar la implementación de las recomendaciones de la investigación a través del apoyo a la formulación y ejecución de proyectos de mejora.

Cada fase se describe brevemente a continuación:

Fase de investigación y difusión de resultados de estudios de caso

Se realizaron tres estudios de caso que incluyen a diferentes actores políticos y sociales que han llevado a cabo iniciativas (programas o políticas) para mejorar la salud de los pueblos indígenas desde una perspectiva intercultural. Estos casos se han seleccionado por su diversidad, trayectoria y capacidad de aportar con lecciones aprendidas a la salud intercultural en nuestro país. Los casos corresponden a iniciativas llevadas a cabo por la Asociación interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana-AIDSESP (formación de técnicos en salud intercultural), el Centro de Culturas Indígenas del Perú CHIRAPAQ (soberanía y seguridad alimentaria) y el Ministerio de Salud. En todos los casos, se discutió el diseño y resultados del estudio con las instituciones y organizaciones que conducen las intervenciones a ser analizadas. La metodología combinó métodos cualitativos y cuantitativos, de acuerdo a su pertinencia y utilidad. En los tres casos se aplicaron entrevistas semi-estructuradas a usuarios y personal de salud de los servicios o intervenciones estudiadas, así como a informantes clave (líderes de la comunidad, autoridades locales, funcionarios de salud de nivel distrital y regional, docentes de escuela, entre otros). También se realizó observación participante de los servicios de salud y diversos espacios de la comunidad y las familias accesibles y pertinentes para cada estudio de caso. Así mismo, a partir de la información cualitativa, se realizó una encuesta en los tres casos, la que indaga por aspectos de la calidad de atención de los servicios de salud y otros relevantes según cada caso. De manera complementaria, se recabó información documental y estadísticas de los servicios de salud.

Nuestra perspectiva de estudio se inscribe en los enfoques interpretativos (Kleinman 1980; Good 1994) y críticos (Singer 1995; Farmer 1999) de la antropología médica. Los estudios interpretativos de antropología médica han contribuido a un mejor conocimiento de los sistemas de salud no biomédicos y han demostrado las limitaciones de visiones etnocéntricas y “medicocéntricas” de la salud, mostrando que las realidades clínicas varían entre diversas culturas. Este enfoque nos ayuda a entender las diferencias culturales entre los distintos sistemas de salud existentes en nuestro país, incluyendo el sistema biomédico y los sistemas de salud indígenas, así como a identificar los retos para lograr una comunicación intercultural sobre temas de salud en intervenciones actualmente en curso.

La perspectiva crítica en antropología médica pone un especial énfasis en las relaciones de poder asimétricas en la construcción del conocimiento sobre la salud, así como en las fuerzas estructurales que condicionan el estado de salud de la población (Farmer 1993, 1997; Baer et. al. 2003). Entre estas fuerzas estructurales están la exclusión política, la inequidad social en el acceso a recursos, así como la discriminación racial, étnica y de género. Desde una perspectiva crítica, nuestro estudio buscó analizar las condiciones

estructurales que afectan un diálogo intercultural en salud y la salud de las poblaciones indígenas involucradas en los estudios de caso.

Nuestros estudios también tienen como antecedentes investigaciones realizadas en Latinoamérica sobre la salud intercultural de los pueblos indígenas (v.g., Anderson 2001; Ramírez 2011), las que sugieren la necesidad de investigar la salud intercultural dentro del marco más amplio de la calidad de atención.

Se realizaron actividades de discusión de resultados y recomendaciones del estudio con representantes de las instituciones involucradas en el mismo (casos), así como con otras personas que tienen participación en decisiones relativas al trabajo en salud con pueblos indígenas, tanto del Estado como de la sociedad civil. Estas reuniones ayudaron a perfilar documentos de política dirigidos a decisores/as.

Fase de diseño, implementación y sistematización de proyectos de mejora

Después de compartir los resultados con los interesados en el proyecto y otros actores clave, el IEP convocó a las instituciones aliadas para elaborar iniciativas (proyectos de mejora) para el fortalecimiento o la réplica de buenas prácticas y la mejora de aspectos críticos identificados durante la fase de investigación.

De acuerdo a lo planeado, hemos apoyado iniciativas a corto plazo para fortalecer las estrategias actuales de salud intercultural dirigidas a lograr una mayor equidad e inclusión en salud de los pueblos indígenas. Los proyectos de mejora se describen en el acápite de logros del Objetivo específico 5 del proyecto (promover la implementación de acciones específicas favorables al fortalecimiento de buenas prácticas y su incorporación en programas de salud dirigidos a la salud de los pueblos indígenas).

IV. AVANCES EN OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo específico 1: Analizar cómo se ha abordado la salud intercultural y las inequidades sociales en la formulación de las políticas y programas de salud dirigidos a las poblaciones indígenas.

El análisis de los tres estudios muestra el claro contraste entre la forma de entender la salud intercultural por parte de las organizaciones indígenas (CHIRAPAQ y AIDSEP), y por parte de las instituciones estatales de salud. En el caso de las organizaciones indígenas, se pone un fuerte énfasis en la revalorización de sus culturas y recursos, así como una relación más equitativa con el resto de la sociedad y sus instituciones. Mientras tanto, en el caso del servicio estatal de salud, si bien se incorporan ciertas prácticas culturales de los pueblos originarios, estas son vistas de manera instrumental para el cumplimiento de metas y no conllevan la construcción de relaciones más horizontales con las parteras y la cultura de las mujeres rurales.

Programa de soberanía alimentaria para disminuir la desnutrición infantil de CHIRAPAQ (población quechua, Ayacucho): CHIRAPAQ se adhiere a la definición de salud consensuada por los pueblos indígenas en el “II Seminario Internacional sobre Salud Intercultural desde los Pueblos Indígenas”. La salud es definida holísticamente, como “la capacidad de convivencia armónica de todos los elementos que constituyen el equilibrio en la naturaleza, es decir, su territorio, derechos colectivos, la paz interior de

los hombres y mujeres, con los demás seres, espíritus y deidades”¹. La salud intercultural es comprendida en este mismo documento como “un derecho individual y colectivo que comprende una actitud de respeto y confianza para interrelacionarse con miembros de diferentes culturas en un diálogo armónico, aceptando la diversidad cultural–cosmogonía, costumbres, formas de pensar y actuar- y la capacidad del Estado de responder con la construcción participativa de políticas públicas interculturales, las que deberían ser diseñadas, implementadas, monitoreadas y evaluadas con la participación plena de los pueblos indígenas [...]”. Así, se enfatiza en una mayor equidad en el reconocimiento de la cultura de los pueblos indígenas y su participación en todo el ciclo de las políticas públicas de salud.

En el tema de desnutrición, encontramos que la interculturalidad en salud para esta ONG indígena pasa primero por una revaloración de los conocimientos y recursos alimentarios propios, lo que se está aplicando principalmente en el “rescate” de técnicas de producción y alimentos originarios, así como el cultivo de variedades andinas para hacer frente al cambio climático, lo que ayudaría a la seguridad y soberanía alimentaria. Esto se complementa con las sesiones demostrativas de cómo preparar una alimentación balanceada con productos nativos, así como con la capacitación de la población (las asistentes son principalmente las madres de familia, aunque se convoca ampliamente) en la identificación de signos e indicadores de desnutrición y anemia que siguen, en este caso, las normas técnicas de los organismos de salud y nutrición estatales. Se propone también una participación de la población en el monitoreo de la desnutrición infantil (alentada por diversas instituciones de desarrollo), de acuerdo a los criterios de los organismos oficiales de salud, principalmente, el peso y la talla. En nuestro estudio, observamos que estos indicadores de peso y talla son parte ya del discurso de las madres de familia pero también conviven con criterios locales sobre salud infantil que no necesariamente refrendan los indicadores oficiales.

Una novedad del programa de CHIRAPAQ es que busca abordar uno de los determinantes estructurales de la desnutrición infantil en zonas quechuas de Ayacucho: la seguridad y soberanía alimentaria. Esto último, ayudaría a enfrentar directamente uno de los resultados de las inequidades sociales y económicas en el ámbito de la producción y comercialización de alimentos, que perpetúan la pobreza y desnutrición en las zonas rurales. La seguridad alimentaria sería el acceso permanente a la alimentación, pero con soberanía alimentaria, que implica que la población quechua pueda tener control sobre los sistemas de producción agrícola. Se plantea una visión de la agricultura orientada a la alimentación y la cohesión comunitaria, que a su vez esté en equilibrio con la naturaleza, por lo que se fomenta que esta sea diversa y sostenible y repercuta en el bienestar de las poblaciones indígenas. Esta propuesta supera diversas iniciativas estatales para enfrentar la desnutrición infantil que han combinado básicamente la donación temporal de canastas de alimentos y la capacitación de las madres para dar una mejor alimentación a sus hijos usando productos locales. Adicionalmente, el proyecto incluye en su formulación otros factores que pueden considerarse determinantes sociales intermedios de la desnutrición, como son fortalecimiento de organizaciones sociales (las que facilitarían la implementación de diversos proyectos de desarrollo), una mayor participación de los varones en el cuidado del hogar y de sus hijos (visibilizando así la importancia de la equidad de género), así como mejoras en las condiciones de habitabilidad de la población campesina.

¹ Declaración de Cajamarca, II Seminario Internacional Salud Intercultural desde Pueblos Indígenas, Cajamarca, 2011.

Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural de AIDESEP (población awajún y wampis, Amazonas): De modo similar que para CHIRAPAQ, AIDESEP define la salud con un enfoque holístico, en términos del equilibrio de la población indígena amazónica con su entorno natural y social, a nivel individual y colectivo. Igualmente, para esta organización indígena amazónica, la salud se encuentra estrechamente ligada a la biodiversidad.

El programa de formación de enfermeros técnicos indígenas en salud intercultural se plantea como una estrategia inicial para construir un sistema de salud intercultural, el cual cobraría forma concreta en “un modelo de atención que articule los conocimientos médicos occidentales e indígenas que aún se conservan y practican, con el objetivo de mejorar la calidad de la salud de las comunidades indígenas”². Este sistema de salud intercultural implica también, desde la propuesta de AIDESEP, la necesidad de fortalecer los sistemas de salud indígenas, como base de este nuevo modelo de atención en salud.

En su aproximación a la noción misma de interculturalidad, AIDESEP alude al tema del poder y la inequidad en el reconocimiento de los conocimientos y la cultura de las poblaciones indígenas, la cual se expresa en el modelo del actual estado nación que es “monocultural”³. Se propone de manera explícita que la interculturalidad “es una política de los pueblos indígenas amazónicos, orientada a producir transformaciones en el modelo de conocimiento hegemónico y en la forma tradicional en la que se han construido las relaciones entre indígenas y no indígenas [...]”. Se trata pues de un modo de iniciar un proceso de cambios que tiene como punto de partida la formación de recursos humanos en salud intercultural, que luego puedan promover servicios de salud que respondan a las necesidades de las comunidades indígenas y respeten sus conocimientos, formas de pensar y curarse. El programa de formación de enfermeros técnicos se propuso así como una estrategia inicial para producir cambios tanto a nivel del sistema educativo, mediante “la incorporación de la interculturalidad a nivel superior, y reconceptualizando la formación de profesionales que se desempeñan en contextos multiculturales”, como a nivel del sistema de salud estatal oficial, a través de una participación activa en la formulación e implementación de políticas de salud⁴. De acuerdo a lo encontrado en nuestro estudio, el reto es cómo continuar luego de los importantes esfuerzos del programa de formación, de enfermeros técnicos para que esta estrategia no se quede a mitad de camino respecto a la posibilidad de impactar en el sistema educativo y más aun, en el sistema de salud.

Atención del parto con adecuación intercultural de la Red de Salud de Churcampa (población quechua, Huancavelica): A diferencia de las dos iniciativas anteriormente descritas, la experiencia de Churcampa, Huancavelica, ya es parte de una política pública para prevenir la muerte materna; a su vez, no es impulsada por una organización indígena y se encuentra bastante más focalizada y acotada a su aplicación en un ámbito específico de la salud, que es la atención del parto. La institucionalización de la atención del parto con adecuación intercultural en la Red de Salud de Churcampa es en gran parte el resultado de un proceso que fue impulsado por un grupo de prestadoras de salud

² AIDESEP: *Construyendo puentes: Proyecto de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural en Bagua*, n/p., 2013, p.13.

³ Entrevista a Alfredo Rodríguez, ex asesor del programa de enfermeros técnicos en salud intercultural de AIDESEP.

⁴ AIDESEP, 2013, pp. 11-12.

con el apoyo de tres ONG con sede en Lima (Consortio Madre Niño) con experiencia en la salud intercultural, la formación de agentes comunitarios en salud y el desarrollo de estrategias de comunicación con autoridades docentes y prestadores de salud. Para el Consortio Madre Niño, el enfoque intercultural en salud suponía relaciones equitativas entre personas y culturas vistas con igual valor y derechos, enfoque con el que investigó el punto de vista de la población y los proveedores de salud, así como promovió relaciones de equidad entre ambos, buscando que los servicios de salud incorporen elementos de la cultura local y ofrezcan servicios de calidad que respeten las formas de pensar y costumbres beneficiosas e inocuas, y las incorporen en la oferta de atención de los servicios de salud materna e infantil⁵. Luego de cinco años de culminado el proyecto del Consortio Madre-Niño y los continuos cambios de personal de salud, pudimos constatar que se mantienen algunos aspectos de la propuesta inicial de salud intercultural, pero ya no se aprecia el diálogo constante con la población, que estuvo a la base de la noción de interculturalidad que inicialmente se impulsó.

Cabe resaltar que, desde sus inicios, los objetivos de salud pública de disminuir la mortalidad materna han estado muy fuertemente presentes en la institucionalización de la adecuación intercultural del parto en zonas andinas que presentaba altas tasas de mortalidad materna. Ello hace que a veces sea difícil distinguir cuando y para quiénes la salud intercultural es un fin valioso en sí mismo, o una estrategia útil para lograr cumplir con la meta de disminuir las muertes maternas en zonas rurales quechuas como las de Huancavelica. Ciertamente, disminuir la muerte materna es una meta urgente en la agenda nacional y global de salud, y es compartida por diferentes actores de la sociedad civil, incluidas las organizaciones indígenas, y la cooperación internacional en el Perú. Lo que queremos es llamar la atención respecto al contraste de partir por considerar la salud intercultural como una demanda política de reconocimiento y equidad (presente en los dos casos anteriores impulsados por organizaciones indígenas), y el considerarla principalmente como un medio para lograr disminuir la mortalidad materna. Este punto es desarrollado más ampliamente en los hallazgos del estudio resumidos en el acápite de resultados del proyecto.

Objetivo específico 2: Identificar buenas prácticas, limitaciones y barreras en la implementación de las iniciativas de salud intercultural destinadas a mejorar la salud y el bienestar de las comunidades indígenas.

Tanto las buenas prácticas como limitaciones y barreras de las intervenciones analizadas pueden apreciarse en las publicaciones realizadas (documentos de trabajo, *policy briefs* y artículo), así como en los resultados de los estudios que se consignan en este informe. Así mismo, el conocer este panorama, ha sido el punto de partida para elaborar los proyectos de mejora descritos en el objetivo específico 5. A continuación una breve síntesis:

Programa de soberanía alimentaria para disminuir la desnutrición infantil de CHIRAPAQ: Un aspecto positivo del trabajo de esta institución reconocido por la población es la motivación para una mayor valoración de alimentos nativos y uso de técnicas ecológicas para la producción de los mismos, cosa que vienen realizando con capacitación y recursos (ej. semillas y animales menores) que provee esta institución. Así mismo, evidenciamos que como resultado de lo aprendido de CHIRAPAQ y otra ONG (Acción contra el Hambre-ACH) que trabaja en la zona, la población maneja una

⁵ Calandria et. al. *Cerrando brechas-aproximando culturas: Un modelo de atención materno-perinatal*. Lima: Calandria. 2009.

serie de criterios y conocimientos respecto a la alimentación de sus hijos, como la necesidad de combinar diferentes tipos de alimentos (comida balanceada) y conciencia de la importancia de incluir en la dieta de los niños proteína animal que es lo que más falta en la dieta diaria de la zona. Se sugiere que la población valora el tipo de trabajo y trato que ofrecen estas ONG, el cual es más horizontal y democrático que el de los establecimientos de salud, donde muchas veces les gritan o resondran por tener a sus hijos desnutridos y no entienden su idioma, o no les explican bien como enfrentar los problemas de salud de sus hijos. Es esta diferente forma de relación con estas instituciones de la sociedad civil (les preguntan, les hablan en su idioma, les dan apoyos concretos y se estimula la vigilancia comunitaria), lo que habría facilitado el aprendizaje de una serie de conocimientos sobre cómo enfrentar la desnutrición infantil y motivado a ponerlos en práctica. A ello se suma que CHIRAPAQ habla abiertamente y da consejos sobre problemas de salud (ej. el susto) y recursos de sanación indígenas (ej. ofrendas a la madre tierra), lo que generaría una mayor confianza y empatía en la población.

Sin embargo, los aportes de CHIRAPAQ y otras instituciones no serían suficientes -al menos en el corto plazo- para revertir los estragos del cambio climático, las difíciles condiciones de la vida en el campo y la dureza del trabajo agrícola de campesinos y campesinas en el Perú, además de la falta de oportunidades para tener una mejor educación, salud y otras fuentes de ingreso en las zonas rurales. Es así que ser campesino suele ser asociado con el sufrimiento por las duras condiciones de trabajo que tienen que enfrentar día a día. A los aspectos medio ambientales y las condiciones de trabajo agropecuario que hacen que la vida campesina sea especialmente difícil, se suma la discriminación y exclusión que sufren por parte de las instituciones oficiales de salud y gente de procedencia urbana, el desconocimiento de su idioma y sus experiencias de vida.

En el Documento de trabajo respectivo, se indican recomendaciones para enfrentar estos aspectos y el proyecto de mejora incluyó la elaboración de un módulo educativo intercultural que parte por un reconocimiento de los determinantes sociales de la DCI y la anemia, involucrando a autoridades e instituciones en un plan de acción, y que contempla una metodología de reflexión y diálogo con las mujeres y otros cuidadores de niños pequeños.

Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural de AIDSESP (población awajún y wampis, Amazonas): El personal de salud formado por AIDSESP (enfermeros técnicos en salud intercultural) responde a las expectativas que tiene la población awajún y wampis: es “paisano profesional”, “se puede adaptar a la realidad”, comprende de las concepciones de salud y sabe de enfermedades de la zona, entre otros aspectos valorados por las comunidades indígenas para acudir al establecimiento de salud. Adicionalmente, la propia población y funcionarios de salud entrevistados han reconocido de diverso modo que, a diferencia de otros técnicos en salud en la zona, los enfermeros técnicos del programa de AIDSESP tienen una mejor formación para resolver los problemas de salud de la población. Así, según varios informantes clave de la comunidad y proveedores de las redes de salud, los enfermeros técnicos del programa de AIDSESP tienen tanto una mejor formación biomédica como en salud intercultural, esta combinación de capacidades resulta crucial en una zona del país donde la presencia de los establecimientos de salud estatales es más reciente y la población continúa desconfiando de la inocuidad de las vacunas, de la eficacia de los

tratamientos y la certeza de los diagnósticos de los servicios de salud estatales, mientras que los indicadores de salud (desnutrición y anemia, mortalidad materna e infantil, incidencia de VIH) son preocupantemente elevados entre la población indígena⁶. Un indicador destacado por la microred de salud de Galilea donde labora uno de los enfermeros técnicos en salud intercultural es su manejo óptimo de las coberturas esperadas en atención de madres y niños, y se destaca haber logrado atender partos institucionales en una comunidad (Aintam) donde esta cifra era cero antes de la llegada de este personal de salud. Para ello, ha sido importante el trabajo coordinado que este enfermero técnico realiza con la partera de la comunidad, quien lo apoya en la atención de las parturientas, ya que una de las razones por las que las mujeres awajún y wampis no van a los establecimientos de salud a atenderse, es porque no quieren ser revisadas por hombres.

Hay diversos aspectos que favorecen que los enfermeros técnicos formados por el programa de AIDSESEP implementen lo aprendido en salud intercultural en sus zonas de trabajo, como son su propio conocimiento como indígenas en torno a enfermedades de la zona y su dominio de ciertos conocimientos de medicina indígena aprendidos en el programa; cierta apertura a la medicina indígena por parte del personal mestizo (no indígena) de los puestos de salud con los que laboran, así como una comprensión más amplia de los jóvenes enfermeros acerca de la situación de salud de las poblaciones indígenas y el uso combinado que hacen tanto de la medicina biomédica como indígena, ya que esto también es parte de la práctica de sus familias.

Sin embargo, en los dos casos estudiados (comunidad awajún de Wawik y comunidad wampis de Aintam), los enfermeros técnicos en salud intercultural no han podido poner en práctica todas sus potencialidades y conocimientos en torno a interculturalidad y medicina indígena, debido a que en su cotidiano deben dar prioridad al cumplimiento de metas en coberturas de vacunación, control prenatal, control de crecimiento y desarrollo y otras labores que son exigidas y pautadas por la dirección regional y redes de salud locales. Es el cumplimiento de estas metas lo que determina su continuidad en el puesto que tienen y es evaluado mensualmente.

Además de la salud intercultural, otro aspecto crucial en las zonas amazónicas donde realizamos el estudio es la demanda por una mayor capacidad resolutive de los puestos de salud. Los puestos de salud son establecimientos concebidos como de primer nivel de atención, pero por la lejanía y difícil acceso a los establecimientos de mayor capacidad resolutive en Amazonas, estos terminan cumpliendo no sólo funciones preventivas sino también recuperativas y asistenciales. Es así que la población y los propios enfermeros técnicos, demandan contar con más personal de salud calificado (en uno de los puestos de salud que estudiamos sólo laboran un enfermero técnico y un técnico sanitario anciano que ya no puede cumplir con las responsabilidades asignadas y se reclama un obstetra; en la otra posta, se pide especialmente un odontólogo), tener mayor equipamiento y disponibilidad de medicinas adecuadas para atender

⁶Las conclusiones de un reciente estudio de la OPS (2014) confirman que la población infantil de Bagua y Condorcanqui (Amazonas) presenta uno de los más altos niveles de pobreza y vulnerabilidad de todo el país. La prevalencia de desnutrición crónica de los niños indígenas casi duplica la de los niños no-indígenas, y es más del triple que el promedio nacional. *Informe Técnico: Estado de salud y nutrición de los niños menores de 5 años pertenecientes a las poblaciones indígenas y no-indígenas de Bagua y Condorcanqui en la Región Amazonas.*

enfermedades graves o más complicadas. Así mismo, uno de los establecimientos de salud adolece de servicios básicos de luz y agua, y el otro está infectado por roedores.

Otro de los principales obstáculos que enfrenta el personal de salud en Amazonas es la inestabilidad laboral. La rápida rotación de personal en las zonas de Bagua y Condorcanqui donde laboran los enfermeros formados por AIDSESEP constituye un obstáculo serio para que se consoliden relaciones de confianza con la población y progrese cualquier iniciativa de mejora del puesto de salud que este personal pueda tener.

Todos los aspectos mencionados han sido tratados en las reuniones con decisores en Amazonas y Lima donde se presentaron los resultados del estudio, así como se propició un diálogo entre los enfermeros técnicos en salud intercultural y las autoridades regionales y nacionales.

Atención del parto con adecuación intercultural de la Red de Salud de Churcampa (población quechua, Huancavelica): El estudio del caso de la Red de Salud de Churcampa es particularmente importante porque se considera uno de los más exitosos dentro de los que han logrado aplicar la norma del parto vertical con adecuación vertical en el Perú, de modo que las lecciones aprendidas de su estudio son bastante ilustrativas tanto de aquello que debe emularse como fortalecerse o cambiarse, aun en aquellas experiencias evaluadas como exitosas por organismos de salud nacionales e internacionales.

La interculturalidad del parto en Churcampa se ha institucionalizado en la adecuación de la sala de partos según las costumbres de las mujeres rurales quechuas, así como de una serie de prácticas y la incorporación explícita de las opciones para dar a luz (vertical u horizontal), expresada además con dibujos (más comprensible para las mujeres quechuas) en el consentimiento informado.

Un aspecto crítico que dificulta la valoración y demanda de la atención del parto con adecuación intercultural en los servicios de salud como un derecho, es el carácter prescriptivo que ha ido adquiriendo el parto institucional. A ello se suma que persiste una estructura de relación paternalista o autoritaria entre proveedores y usuarias rurales indígenas, así como una memoria (o vigencia de vestigios) de una serie de estrategias coercitivas aplicadas por el personal de salud para que las mujeres rurales quechuas asistan a los servicios de salud materno-infantil. Esto es particularmente urgente de revertir en una zona como Churcampa, donde precisamente se ha hecho un esfuerzo considerable para respetar la cultura y preferencias de las usuarias en los servicios de salud materna, y, además, se ha convertido en una referencia nacional e internacional para la incorporación de la interculturalidad en la atención del parto.

Otro aspecto que llama la atención es la ausencia de las parteras y el contraste entre el enfoque intercultural que se aplica en la atención del parto y su poca o nula presencia (de acuerdo al personal de salud que atiende) en la atención de la salud del recién nacido y los niños pequeños en general. Esto último sigue generando desencuentros culturales, que, al no ser abordados de manera respetuosa y dialogante, pueden tener consecuencias importantes para la salud de los niños, ya que las madres se sienten disuadidas de llevar a sus hijos para abordar ciertos problemas de salud de sus pequeños debido a que consideran que sus malestares no pueden ser tratados en los establecimientos de salud, e

incluso, en algunos casos, los tratamientos biomédicos pueden ser contraproducentes. Ello retrasa algunas veces la atención inmediata de problemas respiratorios o diarreicos de los niños.

Finalmente, pero no menos importante, es el carácter conflictivo que aun tiene la institucionalización del parto con adecuación intercultural en la red de salud de Churcampa, lo que en ocasiones amenaza su continuidad. Esto se debería a la oposición de varios profesionales de salud (incluyendo médicos, obstetras y enfermeros) a que se siga ofreciendo esta opción de dar a luz de manera generalizada por considerar que incrementa el riesgo de sufrimiento fetal y otros problemas de salud de los recién nacidos.

Los aspectos positivos de la institucionalización del parto con adecuación intercultural se habrían logrado mantener en Churcampa más por el reconocimiento externo (ej. premio de la OPS; acreditación como centro pasante nacional e internacional; reconocimiento del Ministerio de Salud y la Universidad Nacional Mayor de San Marcos como centro modelo y de enseñanza) y la labor de algunas obstetras y otro personal comprometido con la experiencia; que por factores internos, tales como el apoyo institucional de la Red de Churcampa o la presión de la población para defender la vigencia de esta forma de atención del parto. Estos aspectos y los arriba mencionados respecto a entender la atención del parto con adecuación intercultural como un derecho, fueron abordados en el proyecto de mejora durante la segunda fase del proyecto mediante un proceso de sensibilización-capacitación del personal, la generación de protocolos de atención, mecanismos de transferencia, e instrumentos comunicacionales (spots radiales y cartilla) para promover el respeto de los derechos de la población indígena y especialmente el derecho a que se respeten sus costumbres en el parto.

Objetivo específico 3: Evaluar la calidad de los servicios de salud de los programas de salud y nutrición dirigidos a las poblaciones indígenas.

Los resultados de esta evaluación de la calidad de los servicios de salud se encuentran detallados en las publicaciones del proyecto y en el resumen de los hallazgos que presentamos en este informe. Se realizó mediante una encuesta diseñada de acuerdo a los hallazgos cualitativos.

El caso de AIDSESP contrasta con los otros dos, pues la presencia de los enfermeros técnicos indígenas con formación en salud intercultural, marcó una diferencia importante en las comunidades de estudio. Así el 99% de las personas encuestadas de la comunidad wampis considera que la atención en su puesto de salud mejoró desde la contratación del enfermero técnico en salud intercultural. En la comunidad awajún, el 94% de las personas encuestadas opinaron lo mismo respecto de la enfermera técnica en salud intercultural. Las principales razones de la mejoría atribuida a este personal son:

- *El trato hacia los usuarios ha mejorado*, aspecto más mencionado en ambas comunidades (45% de encuestados wampis y 78% de encuestados awajún).
- *Brindan información y explican a los usuarios*, aspecto que destacó como la segunda razón más mencionada entre los usuarios wampis (15%).
- *Maneja el idioma de la comunidad y lo usa en la atención*, aspecto que destacó como la segunda razón más mencionada entre los usuarios awajún (19%).

En el caso de las zonas de intervención de CHIRAPAQ y en Churcampa, la población reconoció ventajas de los servicios de salud, especialmente, vinculadas a contar con mayores recursos para resolver problemas de salud de sus hijos o evitar muertes maternas. Sin embargo, resaltaron también una serie de formas de maltrato y presión para hacer uso de los servicios de salud que expresan una ausencia del enfoque de derechos, lo que resulta especialmente contradictorio en el caso de Churcampa debido que la interculturalidad en el parto sería experimentada como una suerte de derecho obligatorio. Además, en las zonas de trabajo de CHIRAPAQ (Vilcas Huamán), las mujeres entrevistadas dieron varios ejemplos de formas de discriminación cultural por parte de los servicios de salud, como, por ejemplo, burlarse de que no hablen bien el castellano.

Objetivo específico 4: Realizar recomendaciones orientadas a incrementar el conocimiento y reconocimiento de los sistemas de salud indígenas, así como mejorar las iniciativas de salud intercultural existentes.

Para llevar a cabo este objetivo, se elaboraron recomendaciones sustentadas en los estudios realizados por el IEP en convenio con organizaciones indígenas (AIDSESP y CHIRAPAQ), las que fueron publicadas y difundidas en documentos y videos que se describen en los acápites de resultados del proyecto y se encuentran en el repositorio digital del IEP. Estas recomendaciones han sido presentadas y discutidas tanto en eventos locales, como regionales y nacionales, con actores/as clave en cada uno de estos ámbitos, incluyendo autoridades (alcaldes distritales), decisores de políticas, líderes de organizaciones indígenas, investigadores/as, medios de comunicación, docentes y estudiantes universitarios, así como representantes de la cooperación internacional, entre otros actores/as interesados/as.

Se realizaron un total de 10 presentaciones de los resultados y recomendaciones de nuestros estudios que involucraron a decisores de políticas públicas (ver detalle de programas, relación de participantes y fotos en el Anexo No 3):

Reuniones locales: Cinco reuniones, una en cada localidad donde se realizó cada estudio de caso: Aintam y Wawik en Amazonas; Vilcas Huamán y Hualhwa en Ayacucho y Churcampa en Huancavelica. Esta última se hizo en el marco de la presentación del proyecto de mejora en Churcampa con actores de la red de salud local y de la población, y con la concurrencia de Salud sin Límites, ONG local con amplia experiencia de trabajo en la zona que se encargó de implementar el proyecto de mejora en esta localidad.

Reuniones regionales: Dos reuniones a nivel regional, una en Chachapoyas (región Amazonas) y otra en Ayacucho (región de Ayacucho). En estas presentaciones, acompañaron la exposición de las investigadoras del IEP, testimonios de participantes de nuestras zonas de estudios (enfermeros/as técnicos indígenas en salud intercultural y funcionarios de salud locales, en el caso de AIDSESP; así como promotores/as comunitarios y autoridades comunales, en el de Vilcas Huamán), que fortalecieron y complementaron tanto los resultados como las recomendaciones de nuestros estudios. Así mismo, se desarrollaron, a continuación, mesas de discusión integradas por autoridades y funcionarios de salud y diversos especialistas y líderes de la sociedad civil. Esto último permitió un diálogo entre el nivel local y el nivel regional teniendo como marco las problemáticas planteadas en nuestros estudios, las que en ambos casos

destacan esfuerzos locales en el terreno de la salud indígena y la interculturalidad pero que requieren mayor respaldo institucional regional y nacional para que sean sostenibles. Estas reuniones permitieron sentar las articulaciones entre actores diversos que permitieron posteriormente desarrollar y aprobar instrumentos de política de uso local, que corresponden al objetivo 5 del proyecto.

Reuniones nacionales: Se desarrollaron tres reuniones donde se presentaron resultados de nuestros estudios con autoridades y funcionarios del nivel nacional. La primera de ellas se hizo en Lima como parte del Conversatorio: “El enfoque intercultural en las políticas del Estado: límites y posibilidades” (7 de junio de 2016). Contó con la presencia de la Viceministra de Interculturalidad, funcionarios del sector educación, del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, investigadores sociales y estudiantes. En este evento se presentó el caso de Churcampa como parte de la ponencia: *Enfoques interculturales y políticas de salud en el Perú*, a cargo de Carmen Yon, coordinadora del proyecto.

Ver:

<https://www.facebook.com/media/set/?set=a.1287352261294739.1073742015.168040359892607&type=3>

El segundo evento fue la *Reunión nacional de fortalecimiento de la atención de salud de los pueblos indígenas u originarios*, la que se realizó en Huacho (22 y 23 de mayo de 2017) y fue convocada por la Dirección de Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud. La audiencia estuvo compuesta por representantes de todas las direcciones regionales de salud del país con mayor presencia de pueblos indígenas y originarios. Se nos solicitó presentar los resultados de nuestros estudios sobre la formación en salud intercultural que realizamos en convenio con AIDSESP. Esta invitación expresa un reconocimiento por parte del sector estatal de salud de la potencialidad del aporte de nuestros estudios a las políticas que vienen elaborando para mejorar la salud de los pueblos indígenas y originarios.



La tercera reunión nacional fue el Seminario *Salud indígena, inequidades sociales e interculturalidad: investigación y evaluación crítica de intervenciones implementadas en el Perú*, organizado por nuestro proyecto con el propósito de presentar y discutir los resultados finales de los tres estudios de caso y proyectos de mejora, con un público de decisores, investigadores, estudiantes y representantes de otras instituciones vinculadas con el tema de la salud indígena e intercultural. Se llevaron a cabo tres sesiones, correspondientes a nuestros tres temas de estudio:

- 24 de agosto de 2017: Salud intercultural y formación de personal de salud. Co-organizada con AIDSESP.
- 19 de setiembre de 2017: Salud infantil, desnutrición y anemia en pueblos indígenas. Co-organizada con CHIRAPAQ.
- 11 de octubre de 2017: Atención del parto con pertinencia intercultural y enfoque de derechos.

Así mismo, se discutieron estudios de otros/as investigadores/as vinculados a nuestros temas de análisis, con la finalidad de ampliar y enriquecer la discusión. Se evaluó como conveniente que los estudios presentados se publiquen en un libro, luego de que los artículos sean afinados según los comentarios presentados en el seminario. Ver en Anexo 3 (3.4) el programa, participantes y fotos de estas sesiones.

Además de estos eventos nacionales, también se realizaron reuniones puntuales con decisores del Ministerio de Salud, Ministerio de Cultura y Defensoría del Pueblo, como ya se ha informado en anteriores reportes.

Objetivo específico5: Promover la implementación de acciones específicas favorables al fortalecimiento de buenas prácticas y su incorporación en programas de salud dirigidos a la salud de los pueblos indígenas.

El proyecto del IEP se propuso desarrollar tres proyectos de mejora para implementar o fortalecer buenas prácticas para mejorar la salud de los pueblos indígenas a partir de los resultados o evidencias de cada estudio de caso. Estas iniciativas se hicieron en convenio con instituciones involucradas en el estudio. Los convenios respectivos ya han sido enviados al IDRC (Anexos 9, 10 y 11 del Tercer Informe de nuestro proyecto).

En el caso de las organizaciones indígenas AIDSESP y CHIRAPAQ, los proyectos de mejora se elaboraron y ejecutaron de manera conjunta con el IEP, para lo cual cada organización asignó una persona como contraparte. Se contó con sesiones de discusión permanentes tanto para el diseño como la implementación y evaluación de sus resultados. Participaron tanto integrantes de la junta directiva de estas organizaciones, como asesoras de su institución y especialistas externos. En el caso de la Red de Salud de Churcampa se optó, previa consulta con el IDRC, por la ONG local Salud sin Límites-Perú (SSLP), a quién le brindamos unos TDR de proyecto de mejora sustentados en el estudio realizado.

En el marco de estos proyectos de mejora se desarrollaron acciones específicas y se logró concretar los resultados esperados en acuerdos o instrumentos de política como se describe a continuación. Ya que se trata de proyectos pequeños con actividades y resultados concretos que pueden verificarse, no se contempló **formas de evaluación** externas, sino un monitoreo permanente y reuniones continuas de evaluación interna

que incluyen a ambas instituciones. A continuación, presentamos un cuadro resumen de los objetivos y productos de los tres proyectos de mejora desarrollados en el marco de nuestro proyecto.

CUADRO RESUMEN DE PROYECTO DE MEJORA – AIDSESEP

Proyecto de mejora “Visibilizar aportes y enfrentar retos: Proyecto de Mejora sustentado en el estudio sobre los aportes de los enfermeros técnicos en salud intercultural egresados del PFETSIA- AIDSESEP”

OBJETIVOS	PRODUCTOS
<p>FASE I Fechas reprogramadas: Ene. 2016-Set.2016</p> <p>Objetivos:</p> <p>1. Lograr amplia difusión de la propuesta y resultados de los proyectos de formación en salud intercultural amazónica (PFETSIA) como aporte de una organización indígena amazónica a la salud intercultural.</p> <p>2. Generar las condiciones para articular a los enfermeros técnicos de PFETSIA a través de su ubicación y la elaboración de propuestas que los motiven y fortalezcan.</p> <p>3. Promover desde las organizaciones indígenas la incorporación de criterios de salud intercultural en la contratación, evaluación, capacitación y atención en servicios de salud destinados a PPII en Amazonas.</p> <p>FASE II Fechas reprogramadas: Oct 2016-Mar. 2017</p> <p>Objetivos:</p> <p>1. Promover la articulación de los enfermeros técnicos egresados de AIDSESEP, con miras a la conformación de una asociación de enfermeros técnicos en salud intercultural.</p> <p>2. Fortalecer la incorporación del tema de salud en las agendas de las organizaciones indígenas (a partir de las actividades de los objetivos anteriores).</p>	<p>. Documento publicado: Entrecruzando Ríos. Sistematización de la propuesta pedagógica de formación de enfermeros técnicos en salud intercultural de AIDSESEP. http://repositorio.iep.org.pe/handle/IEP/523</p> <p>. Reunión de presentación del PFETSIA en el marco del Seminario Nacional. Sesión 1: Salud intercultural y formación de personal de salud https://www.facebook.com/168040359892607/photos/?tab=album&album_id=1778717912158169 (Ver anexo 3.4)</p> <p>.I Encuentro de enfermeros técnicos en salud intercultural amazónica de AIDSESEP y autoridades del gobierno central https://www.facebook.com/institutodeestudiosperuanos/photos/?tab=album&album_id=1282678135095485 http://www.aidsesep.org.pe/profesionales-indigenas-en-salud-exigen-implementacion-de-la-politica-sectorial-de-salud-intercultural/ (Ver anexo 4.1)</p> <p>.Ordenanza Regional N°388-Gobierno Regional Amazonas/CR http://busquedas.elperuano.com.pe/normaslegales/aprueban-la-incorporacion-de-la-formacion-en-salud-intercult-ordenanza-n-388-gobierno-regional-amazonas-cr-1414664-1/ (Ver anexo 5.1)</p> <p>. Formación de Asociación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica del Perú. (Ver anexo 5.3)</p> <p>. Participación de dirigentes de AIDSESEP en reuniones convocadas por la Dirección de PPII del MINSA, instancias de coordinación (CONAMUSA) y la sociedad civil.</p>

CUADRO RESUMEN DE PROYECTO DE MEJORA – CHIRAPAQ
Proyecto de mejora del Programa de Soberanía y Seguridad Alimentaria

OBJETIVOS	PRODUCTOS
<p>Fase I Fechas reprogramadas: Nov. 2015-Set.2016</p> <p>Objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conocer qué alimentos se consumen, con qué frecuencia y su procedencia en comunidades de Vilcas Huamán. 2. Obtener un mayor conocimiento sobre las lógicas culturales que subyacen a los conocimientos y prácticas nutricionales en las comunidades de Vilcas Huamán, y sobre las mejores ocasiones y medios para difundir información sobre temas nutricionales en la comunidad. 3. Contar con un análisis de las estrategias educativas usadas en la región andina peruana para enfrentar la desnutrición, especialmente las que incluyen una perspectiva intercultural, participativa y multidimensional. <p>Fase II Fechas reprogramadas: Oct. 2016-Jun. 2017 Monto reprogramado: 22,751.66</p> <p>Objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Contar con una versión preliminar del Módulo Intercultural Sobre Nutrición elaborada con los insumos de la Fase I. 2. Contar con una versión final del Módulo Intercultural Sobre Nutrición que recoja los aportes de una experiencia piloto. 3. Difundir el Módulo Intercultural Sobre Nutrición entre el personal de establecimientos de salud y actores regionales del Estado y sociedad civil vinculados a enfrentar la DCI en Vilcas Huamán. 	<p>. Informe de estudio cualitativo sobre nutrición en las comunidades San Antonio de Cocha e Inmaculada de Huallhua. (Se adjunta como documento interno)</p> <p>. Informe de estudio de consumo de alimentos en niños y niñas de 6-35 meses y mujeres en edad fértil de comunidades quechuas. (Se adjunta como documento interno)</p> <p>. Balance de los materiales educativos en alimentación y nutrición en el Perú. Un diálogo por empezar. (Se adjunta como literatura gris; el artículo se publicará en el libro final)</p> <p>Módulo de Educación Alimentaria Intercultural para la nutrición de niños, niñas y mujeres en zonas andinas. Germinando. Aprendamos juntos sobre nutrición para una vida mejor. En prensa. (Se adjunta como documento interno).</p> <p>Reunión de presentación del módulo intercultural de educación alimentaria en Ayacucho de presentación en Ayacucho. (Ver Anexo 4.2.) https://www.facebook.com/institutodeestudiosperuanos/photos/a.172323966130913.43163.168040359892607/1819195988110361/?type=3&theater https://www.facebook.com/taniacongresista/posts/1826309170994012 http://CHIRAPAQ.org.pe/es/ayacucho-presentan-modulo-para-combatir-desnutricion-infantil https://www.facebook.com/CNPOficial/posts/1528723037174345</p>

CUADRO RESUMEN DE PROYECTO DE MEJORA – CHURCAMP

Proyecto de mejora: Fortaleciendo la Institucionalidad del Parto y la Salud Materna con Pertinencia Cultural y Enfoque de Derechos en la Red de Salud Churcampa

OBJETIVOS	PRODUCTOS
<p>Fechas reprogramadas: Jun. 2016-Feb. 2017. <i>Solo tiene una fase por su inicio tardío.</i></p> <p>Objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sensibilizar y fortalecer competencias en el personal del CS Churcampa y el personal con responsabilidades obstétricas de los EESS 1.3 sobre aspectos socioculturales (enfoques de interculturalidad y derechos) en el trabajo en salud, y en aspectos técnicos de la atención del parto con pertinencia cultural. 2. Generar mecanismos de apoyo político normativo que faciliten la continuidad del servicio de salud materna con perspectiva intercultural y de derechos cuando se produzcan cambios de personal y autoridades. 3. Informar y sensibilizar a actores claves de la sociedad civil para incrementar su comprensión sobre la importancia de la interculturalidad y los derechos en el ámbito de la salud, de modo que renueven su apoyo a la experiencia. 4. Promover la salud intercultural como un derecho en la atención del parto y otros servicios a nivel de la población en general en la provincia, a través de acciones de IEC. 	<p>Ver estos productos en el Anexo 5.4</p> <ul style="list-style-type: none"> . Marco teórico para capacitación en salud intercultural y diseño metodológico de capacitación en salud intercultural y pueblos indígenas. . Pautas para fortalecimiento de competencias sobre los fundamentos técnicos y procedimentales en la atención del parto vertical con pertinencia intercultural y diseño metodológico de capacitación en fortalecimiento de capacidades. . Perfiles de puestos (médico cirujano, enfermera y obstetra) y perfil de servicios de salud del primer nivel de atención que brindan atención integral en la gestación, parto y puerperio con pertinencia intercultural. . Protocolo de atención inmediata del recién nacido normal en el parto vertical con pertinencia intercultural. . Protocolo de atención del parto vertical con pertinencia intercultural en el primer nivel de atención de salud. . Política para la atención del parto y del recién nacido con enfoque intercultural en la Red de Salud Churcampa. . Guía metodológica para reconocimiento y la capacitación de en vigilancia ciudadana de los servicios de salud del primer nivel de atención con pertinencia de la provincia de Churcampa. . Acuerdos de las reuniones de dialogo entre parteras y proveedores de salud de los establecimientos de salud de Churcampa, Anco y Paucarbamba. . Cartilla “Para garantizar el derecho a la salud de las gestantes desde un enfoque intercultural” (se adjunta como literatura gris) . Spots radiales emitidos en radios locales de Churcampa, Huancavelica.

V. SÍNTESIS DE LOS RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS Y PUBLICACIONES DE LOS MISMOS

En las siguientes líneas se presenta un recuento de los principales hallazgos de cada estudio de caso, así como se listan las publicaciones que contienen estos resultados.

1. CASO 1: Programa de soberanía alimentaria para disminuir la desnutrición infantil de CHIRAPAQ (población quechua, Ayacucho)

Las estrategias que aplica la asociación indígena CHIRAPAQ para lograr seguridad y soberanía alimentaria y sus potenciales impactos en la desnutrición crónica infantil son una apuesta a mediano y largo plazo. En ella se incorporan componentes en los que el Estado no está actuando en la zona y que una ONG sola difícilmente lograría cambiar al menos en el corto plazo, como la producción para la soberanía alimentaria y actividades orientadas a la comercialización para obtener ingresos monetarios (aunque de manera aún inicial). En términos de lucha contra la desnutrición crónica infantil, sus resultados serán más apreciables en los niños de próximas generaciones debido al carácter estructural de esta condición de salud asociada a la pobreza y las desigualdades sociales.

Por esta razón, y en concordancia con el enfoque y objetivos de nuestro estudio, que aborda la desnutrición como un problema estructural con múltiples determinantes sociales y actores, distinguimos en nuestros hallazgos, aquellos que se refieren al contexto mayor en que trabaja CHIRAPAQ en Vilcas Huamán, y luego nos referiremos de modo más específico a lo que atañe a las estrategias del programa de CHIRAPAQ en la zona. Este estudio, además, revela importantes consideraciones de género a tomar en cuenta en las intervenciones dirigidas a mejorar la situación nutricional de los niños y niñas en el Perú. Se evidencia como las intervenciones existentes incrementan la sobrecarga de trabajo de las mujeres y generan jerarquías de valor entre ellas de acuerdo al estado nutricional de sus hijos e hijas. Nuestras recomendaciones, incluidas en los documentos publicados, buscan cuestionar y cambiar esta situación en la que las inequidades de género, culturales y socioeconómicas se entrecruzan para generar situaciones de injusticia contra las mujeres.

Saber y no poder: conocimientos versus prácticas alimentarias

A pesar de que las madres de las comunidades estudiadas conocen e intentan poner en práctica lo aprendido en los servicios de salud estatales (CPN y CRED) o capacitaciones de las ONG (como CHIRAPAQ o Acción contra el Hambre) respecto a una alimentación balanceada y en la cantidad y frecuencia adecuada para que sus hijos remonten la desnutrición y la anemia, esto no logra ser regular y sostenible. A través de la encuesta que aplicamos sobre consumo de alimentos el día previo, encontramos lo siguiente:

- Entre los niños mayores de dos años, en las comunidades estudiadas, la Frecuencia Mínima de Alimentación (OMS 2009) solo se pudo lograr en un 25% de los casos. Como se sabe, este es un indicador usado para determinar si los niños mayores de 6 meses consumieron alimentos consistentes en una frecuencia apropiada para su edad. Este resultado se relaciona con que estos niños dejaron de lactar y esos momentos de comida no pudieron ser reemplazados, debido a la carga de trabajo que tienen la madre en el hogar y en las chacras.

- Solo un 68.8% de los niños de las madres encuestadas tuvo una dieta con una Diversidad Alimentaria Mínima (OMS 2009) el día previo al estudio, y solo un 58.8% de los menores de 2 años lo lograron, resultados que contrastan notablemente con los nacionales de la ENDES, en los que un 91.7% de los niños logró tener una dieta variada. La Diversidad Alimentaria Mínima contempla que los niños deben consumir al menos cuatro de una lista de siete tipos de alimentos en un día.
- En cuanto al consumo de fuentes de hierro animal, las madres refirieron procurar brindar estos alimentos a sus niños, pues conocen sus beneficios nutricionales, pero su acceso a las carnes es escaso. Un 60.9% de las madres mencionaron que sus familias solo la consumen mensualmente o en un día especial. Solo el 66% de los niños consumió huevos, cárnicos y vísceras rojas, porcentaje significativamente menor al que reporta la ENDES, que alcanza 89.3% de éxito a nivel nacional. Así mismo, el inicio del consumo de carnes debería ser a los 6 meses, pero al menos la mitad de los niños empezó a consumirla entre los 8 (aves) y los 12 meses (cuy y res).

Las limitaciones de los esfuerzos familiares para combatir la desnutrición en un contexto de pobreza rural y la necesidad de esfuerzos intersectoriales estatales y de la sociedad civil

- *Alimentación balanceada en un contexto de pobreza:* La elección de los alimentos está relacionada con los nuevos aprendizajes, pero también con la menor inversión de tiempo, esfuerzo y recursos monetarios en un contexto en el que estos son extremadamente escasos. En esta economía de escasez compiten la necesidad de una buena nutrición con la inversión de dinero para bienes y servicios, especialmente en educación, que se considera de suma importancia para que los hijos puedan salir de la pobreza y la marginación en la que actualmente viven en sus familias. Así, por ejemplo, si bien hay conciencia de la proteína animal y hierro en la alimentación de los niños, su consumo se ve afectado por su alto valor en el mercado, la poca cantidad de ganado (que por lo general no se destina al consumo), y a problemas para la crianza de animales menores.
- *Sin comercio justo se dificulta la inseguridad alimentaria:* El tipo de relación con el mercado de las familias campesinas está favoreciendo el monocultivo (como sucede con la quinua actualmente), lo que mejoraría sus ingresos monetarios, pero no lo suficiente como para que logren comprar el resto de los alimentos que necesitan. Las familias entrevistadas mencionan la presencia de intermediarios que distorsionan la posibilidad de un comercio justo de los productos. Además, la tendencia al monocultivo a su vez influye en que haya una menor seguridad alimentaria pues los monocultivos reducen la diversidad de los productos y genera mayor vulnerabilidad agrícola.
- *Saneamiento y estado de salud de los niños/as:* Casi la mitad de las 69 madres mencionaron que sus hijos tuvieron problemas del estómago y diarreas frecuentes en el último año. Un 69.57% de las familias que cuentan con agua entubada y tratada tienen niños con desnutrición, aún cuando las madres conocen las recomendaciones sobre el uso adecuado del agua. Este resultado puede deberse a que los caños están fuera del hogar y el clima complica salir al patio para lavárselas manos o los alimentos, más aún porque hay una alta

incidencia de enfermedades respiratorias y se evita que los niños sigan exponiéndose al frío. Además, en una de las comunidades de estudio (Hualllhua), gran parte de los campesinos no cuenta con conexión de agua ni desagüe en sus viviendas, y solo algunos acceden a agua entubada, pero no clorada. Otros, recogen agua de piletas colectivas en las que generalmente beben agua los animales y hay familias que recogen agua directamente de los puquiales.

- *Limitaciones de la calidad de atención en los servicios de salud y desencuentros culturales en relaciones jerárquicas (en general):* Las madres son frecuentes usuarias de los servicios de salud debido a las necesidades de salud de sus hijos y los condicionamientos de JUNTOS, pero tienen poca confianza en estos. El trato despectivo que reciben las madres en el centro de salud genera desconfianza y desaliento: 42 de 69 madres dijeron tener poca o ninguna confianza en los EESS de Vilcas Huamán. Se mencionó también que el personal de salud se niega a atender en quechua o no conoce el idioma, el 57% de atenciones son en castellano. Así mismo, hubo quejas de mal trato relacionado con la identidad indígena (“se ríen cuando hablan quechua”; “solo atienden a los que hablan castellano”) o que son maltratados porque son rurales o del campo (“porque se creen importantes”; “porque somos humildes”).
- *No se ha logrado un diálogo intercultural en los temas de nutrición y desarrollo infantil:* Si bien las madres han incorporado muchos de los mensajes sobre alimentación balanceada en sus discursos e intenciones debido a procesos de aprendizaje y a la vigilancia o presión que se ejerce sobre ellas, no significa que estos nuevos conocimientos hayan cuestionado o dialoguen con significados y conocimientos médicos andinos de bienestar y salud que están extendidos en la población quechua. Resaltamos tres tipos de desencuentros que pueden tener consecuencias para la nutrición y salud de los niños si no se abordan interculturalmente, es decir en una relación de mayor horizontalidad y con una actitud de escucha y aprendizaje por parte de los servicios de salud:
 - Varias mujeres mencionaron no usar el suplemento Chispitas (micronutrientes) que les provee el servicio de salud para sus niños o desconfiar de este calladamente. Un 90% de las madres encuestadas ha recibido micronutrientes para sus niños (Chispitas) en los últimos doce meses y respondieron dárselo a sus niños en platillos adecuados (sólidos o semisólidos), pero solo la cuarta parte de las familias observadas las tenía en su hogar y en ningún caso se observó su consumo. Algunas mujeres dijeron no hacerlo porque los niños son más sensibles a los químicos. Otras mencionaron que tiene mal sabor, provocan vómitos, diarreas e incluso pueden dañar neurológicamente a sus hijos. Estos temores o desconfianzas no son explicitados a los prestadores de salud ya que su ingesta se plantea como una prescripción a cumplir que no se dialoga.
 - Las divergencias entre algunas recomendaciones de alimentación que se brindan oficialmente y nociones locales de alimentos nocivos para los niños pequeños, debido a la temperatura de los alimentos o a razones de sinonimia, que pueden explicar la introducción tardía de ciertos alimentos nutritivos.

- Debido a que no se tienen en cuenta los conocimientos sobre enfermedades reconocidas localmente y negadas por los servicios de salud (pacha, susto, alcanzo, entre otras), estos suelen ser uno de los últimos pasos para buscar cura a ciertas enfermedades infantiles, por ello, hay enfermedades que se tratan tardíamente en el sistema oficial y que deprimen el estado nutricional de los niños.
- *Culpabilización de las madres en charlas y vigilancia comunitaria:* En las capacitaciones se observó un estilo vertical y evaluativo. Se exponían públicamente “la falta de logros” de las madres con hijos con DCI, responsabilizándolas de un resultado que en general ellas no pueden controlar. Varias madres mencionaron temer que pudieran criticarlas por no dar las “respuestas correctas” y los capacitadores mencionaron frases como que a ellas la información “les entran por una oreja y les salen por la otra”, sin atender a sus motivaciones o racionalidades propias. Se observó que utilizaban el miedo (a que no logren ser profesionales, por ejemplo) y la competencia entre las madres (identificando madres líderes), que crean incomodidad entre las madres con niños con DCI. La vigilancia recae en la madre, es ella quién es controlada institucionalmente para juzgar el modo en el que cuidan y alimentan a los niños.
- *Sobrecarga de trabajo de las mujeres y frecuencia de alimentación de los niños:* El trabajo reproductivo y de producción recae en las mujeres, a lo que se suma que la mayoría de actividades oficiales para enfrentar la desnutrición recaen también en las madres. Cambios en la dinámica económica, como la migración estacional de los varones a para trabajar, sobrecargan las responsabilidades de las madres en el trabajo productivo y de cuidado del hogar y de los hijos. Las políticas institucionales se centran en actividades que recargan su trabajo cotidiano: asistencia a las capacitaciones, controles de peso y talla de los niños, el contenido, preparación y horarios de su alimentación, y la crianza de animales menores y el cultivo de biohuertos.

Retos para los proyectos del programa de soberanía y seguridad alimentaria de CHIRAPAQ

- *Recuperación de cultivos nativos:* Las familias aprecian notablemente la promoción de cultivos nativos mediante la repartición de semillas que ya no se encontraban en la zona y la reivindicación de conocimientos que se estaban dejando de poner en práctica. Igualmente, valoran las cualidades nutritivas de los alimentos nativos. Sin embargo, no siempre los conocimientos locales funcionan, pues el cambio climático ha hecho más inestable e impredecibles los ciclos agrícolas. Además, por las implicancias de trabajo extra para su cultivo y preparación, algunos de los productos nativos (como el tarwi o la quinua) resultan siendo menos accesibles que los productos que pueden adquirir en el mercado a un bajo precio y con menor esfuerzo, aunque dichos productos tengan un menor valor nutricional. A eso suma que las familias enfrentan la presión por obtener recursos monetarios para la inversión en servicios y bienes, lo que hace que haya familias campesinas que tiendan al cultivo de monocultivos y uso de agroquímicos.
- *Viabilidad de nuevas actividades (biohuertos y crianza de animales menores) y sobrecarga del trabajo de las mujeres:* Tanto la promoción de la crianza de

animales menores como de cultivo de biohuertos enfrentan dificultades en su ejecución. Para ambos, las madres no tienen tiempo suficiente para su cuidado. En el caso de los biohuertos, el principal problema es la falta de agua. La crianza de animales menores se ve afectada por la presencia de depredadores, el clima frío y enfermedades. Todo ello hace que estas actividades tengan que ser mejoradas para tener resultados más exitosos.

- *Vincular más la revaloración de conocimientos propios con la interculturalidad en el tema de la desnutrición:* Si bien hay distintos espacios de trabajo con las madres, como las visitas domiciliarias, donde el diálogo con los miembros del equipo de CHIRAPAQ es fluido y recíproco, en las capacitaciones no se observaron oportunidades en las que las madres pudieran exponer sus conocimientos, sus prácticas o racionalidades respecto al cuidado de sus hijos. También se reproducen las prácticas de vigilancia que tiene el sistema oficial, en las que las madres quedan expuestas públicamente en sus dificultades para lograr que sus niños tengan un desarrollo adecuado.

2. CASO 2: Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural de AIDESEP (población awajún y wampis, Amazonas)

Nuestros hallazgos se sustentan en el estudio de la aplicación concreta y cotidiana de la salud intercultural en dos puestos de salud de Amazonas, ubicados en la comunidad wampis de Aintam (provincia de Condorcanqui) y en la comunidad awajún Centro Wawik (provincia de Bagua). Revelan tanto los esfuerzos y aportes de los enfermeros técnicos en salud intercultural formados en el programa de AIDESEP, como las posibilidades y limitaciones que enfrentan en el marco institucional del sector salud en que laboran.

Mejoras en la calidad de atención logradas por los enfermeros técnicos mediante la implementación de prácticas de salud intercultural

Los enfermeros técnicos en salud intercultural han mejorado la calidad de atención de sus puestos de salud debido tanto a sus competencias profesionales como a la implementación de prácticas de salud intercultural, tales como: entablar relaciones respetuosas, horizontales y de colaboración con la población, sus autoridades comunales y sabios indígenas; mejorar la pertinencia cultural de los establecimientos de salud (EESS); y revalorar las plantas medicinales y prácticas de salud indígena. Estas últimas, han sido reconocidas por los/as usuarios/as por darles mayor confianza para acudir a los EESS y podemos decir que abordan aspectos de fondo en la relación social entre proveedores y usuarios/as de pueblos indígenas (PPII), como son el reconocimiento y diálogo horizontal con la población y cultura indígenas. Estas prácticas, concretamente son las siguientes:

- Establecer relaciones respetuosas, horizontales y de colaboración con las autoridades indígenas, sabios/as indígenas y la población en general, mediante:
 - Coordinación con las autoridades comunales para recoger las necesidades y recomendaciones de la población sobre la atención en salud.
 - Cogestión de puesto de salud y autoridades comunales para obtener recursos que permiten un reconocimiento económico para la labor

permanente que realiza la partera apoyando el control de gestantes y realizando la atención del parto.

- Brindar un trato respetuoso y horizontal a usuarios/as en la atención en salud, lo que implica una actitud de escucha y buena disposición para entender sus puntos de vista, dificultades y desconfianzas.
- Garantizar la pertinencia intercultural en la atención de salud a través de:
 - El uso del idioma materno de la población usuaria para lograr un buen entendimiento y se realicen procedimientos y trámites con mayor facilidad.
 - La atención del parto en un trabajo coordinado y horizontal con la partera de la comunidad, y la disponibilidad del personal de salud para adecuarse/negociar las condiciones que demanda la usuaria para atender su parto.
- Valorar la medicina indígena y sus especialistas (sabios), lo que se expresa en:
 - Tener una actitud de apertura e interés por conocer más sobre la medicina indígena vigente entre la población usuaria.
 - Conocer a los especialistas o sabios indígenas de la propia comunidad y colaborar con ellos para la atención pertinente según el problema de salud que se presente.

Aporte demostrado de la formación en salud intercultural versus falta de su reconocimiento formal por el sector educación

El estudio realizado demuestra las ventajas concretas de la formación del personal de salud en salud intercultural. Las prácticas descritas en el primer punto no nacen de una actitud “natural” de los enfermeros técnicos por ser indígenas, sino que estas son resultado de su preparación en salud intercultural obtenida en el programa de formación de AIDSESEP. El impacto de la formación brindada por AIDSESEP es descrito y observado por el estudio en contraste con otro personal formado tradicionalmente, independiente de que sean o no indígenas.

Sin embargo, pese a los aportes diferenciales de los enfermeros técnicos en salud intercultural que pudimos comprobar en los casos estudiados y pese a la necesidad del sistema de salud regional de mejorar la calidad de atención, no todos los enfermeros técnicos formados por AIDSESEP se encuentran laborando y no se ha reconocido aun formalmente su especialización en salud intercultural por el sector salud y educación. Esto último repercute en que todavía no sean reconocidos por las instituciones de salud como técnicos en salud con una formación especializada en salud intercultural.

Retos para la sostenibilidad y expansión de la experiencia de los enfermeros técnicos en salud intercultural egresados de AIDSESEP

- *Limitaciones institucionales para la salud intercultural:* La continuidad, sostenibilidad y mayor impacto de los esfuerzos del personal de salud formado en salud intercultural por mejorar sus servicios desde esta perspectiva, se ven limitados por la inestabilidad laboral y el escaso apoyo que tiene la salud intercultural en el marco institucional del sector. Los funcionarios de redes y microredes aprecian las ventajas de la salud intercultural para el logro de coberturas en los puestos de salud, pero la salud intercultural como tal no es un

criterio de evaluación del personal de salud ni suma como parte de sus principales actividades a rendir.

- *Problemas de capacidad resolutive contrarrestan los esfuerzos para mejorar la calidad de atención:* La falta de capacidad resolutive de los servicios de salud alimenta desconfianzas en el sistema estatal de salud, las que van en sentido contrario a los esfuerzos que vienen realizando los enfermeros técnicos en salud intercultural para mejorar la calidad de atención de sus establecimientos. La calidad de atención de los puestos de salud estudiados se ve afectada por la falta de medicamentos y personal, equipos en buen estado, transporte fluvial operativo, servicios básicos e infraestructura. A ello se suman las distancias, la falta de vías de comunicación y el difícil acceso geográfico que dificultan seriamente que el primer nivel opere en coordinación con los otros niveles de atención y den una respuesta eficaz y oportuna a las necesidades en salud.

Como consecuencia de la baja capacidad resolutive que actualmente tienen los puestos de salud asentados en comunidades indígenas amazónicas, un sector de ellas está quedando al margen del sistema de salud y de los beneficios que debería traer el aseguramiento universal en salud. Este es el caso de los pacientes con VIH-SIDA en la zona, que tenían importantes dificultades para trasladarse al segundo o tercer nivel de atención. Esta situación actualmente está siendo enfrentada con el importante apoyo de UNICEF para la descentralización de las pruebas diagnósticas.

- *Problemas en la afiliación y funcionamiento del Seguro Integral de Salud (SIS):* Las posibilidades del SIS como política para promover el acceso con equidad de los PPII amazónicos (como de otras poblaciones en situación de vulnerabilidad social) a servicios de salud de calidad, se ven disminuidas no solamente por las deficiencias de los servicios de salud públicos ya descritas, sino por dificultades para la afiliación y cierta confusión y descontento de la manera como vienen implementándose los beneficios del SIS.

Los problemas para la afiliación al SIS todavía persisten en las comunidades indígenas visitadas debido a dificultades para obtener el documento nacional de identidad o DNI (falta de documentos de identificación; necesidad de hacer trámites fuera de la comunidad) o por no encontrarse lo suficientemente convencidos de las ventajas para obtenerlo, en el contexto de una relación histórica de abandono por parte del Estado. A ello se suma que la implementación de los beneficios del SIS se realiza con restricciones de cantidad de atenciones y medicamentos por mes, con lo que las poblaciones usuarias afiliadas no están de acuerdo por no ajustarse a las situaciones en que han requerido atenderse en el puesto de salud (ej. por malestares de los niños que ocurren antes de los quince días de haberlos llevado al establecimiento para su control u otra atención).

- *Condiciones laborales para el desempeño del personal de salud de primer nivel:* Las deficientes condiciones laborales en que trabaja el personal de salud tienen serias consecuencias tanto para su capacidad de acción, como para la fuga del personal de mayor experiencia y capacitación de los establecimientos de salud ubicados en comunidades indígenas de la Amazonía. El personal de puestos de salud de primer nivel enfrenta una serie de carencias para realizar sus labores

tanto preventivas como asistenciales y una asignación mínima de viáticos para las veces que deben salir fuera de la comunidad para realizar trabajo extramural (implica muchas veces días de caminatas y sortear peligros del camino). A esto se suma que las condiciones de contratación del personal de salud (sueldos no competitivos, contratos cortos, entre otros) no favorecen un trabajo de mediano o largo aliento en las comunidades indígenas; por el contrario, dan pie a la alta rotación de personal y terminan expulsando a técnicos y profesionales de las comunidades indígenas.

3. CASO 3: Atención del parto vertical con adecuación intercultural de la Red de Salud de Churcampa (población quechua, Huancavelica)

El estudio y diseminación del caso de la Red de Salud de Churcampa es particularmente importante porque se considera uno de los más exitosos dentro de los que han logrado aplicar la norma del parto vertical con adecuación vertical en el Perú (MINSA 2005), de modo que las conclusiones de este estudio son bastante ilustrativas tanto de aquello que debe emularse como fortalecerse o cambiarse, aun en aquellas experiencias evaluadas como exitosas por organismos de salud nacionales e internacionales.

La institucionalización de la atención del parto con adecuación intercultural en la Red de Salud de Churcampa es en gran parte el resultado de un proceso que fue impulsado por un grupo de prestadoras de salud con el apoyo de tres ONG con sede en Lima (Consortio Madre Niño) con experiencia en la salud intercultural, la formación de agentes comunitarios en salud y el desarrollo de estrategias de comunicación con autoridades docentes y prestadores de salud.

Luego de cinco años de culminado el proyecto del Consortio Madre-Niño y los continuos cambios de personal de salud, pudimos constatar que se mantienen algunos aspectos de la propuesta inicial de salud intercultural, pero ya no se aprecia el diálogo constante con la población, que estuvo a la base de la noción de interculturalidad que inicialmente se impulsó. Así mismo, nuestro estudio evidencia la vulnerabilidad y parcialidad de los cambios alcanzados en salud intercultural en un contexto laboral dominado por el cumplimiento de metas cuantitativas y coberturas que termina subordinando la calidad de atención y no garantiza los derechos de las usuarias indígenas. Otro hallazgo central es el carácter conflictivo que aun tiene la práctica del parto vertical entre los proveedores de salud, que es alentado por las jerarquías culturales entre proveedores y usuarias, y está mediado por conflictos interpersonales entre los proveedores de salud.

Institucionalización de la atención intercultural del parto

Existen varias formas concretas de institucionalización de la interculturalidad del parto en Churcampa que han surgido de las preferencias de las mujeres rurales quechuas y la capacidad de diálogo del personal de salud de Churcampa, las que merecen difundirse y fortalecerse. Aquí destacamos cuatro:

- La adecuación de la sala de partos según las costumbres de las mujeres rurales quechuas, así como la provisión de una vestimenta con la que ellas se sienten cómodas (una falda o pollera como las que ellas usan que ha sido previamente lavada) y la exhibición y uso en el centro de salud de fajas, mantas y plantas medicinales que son parte de las prácticas de atención del parto entre las mujeres quechuas.

- La incorporación explícita de las opciones para dar a luz (vertical u horizontal), expresada además con dibujos (más comprensible para las mujeres quechuas), en el consentimiento informado.
- La posibilidad de practicar cómo darán a luz en la posición que han elegido, de modo que pueden familiarizarse con la sala de partos, la posición en que escogen dar a luz, la ropa que usarán, la presencia del personal de salud y del familiar que la acompañará y ayudará.
- La incorporación en los requisitos para contratar personal de salud del manejo de enfoque intercultural en la atención primaria y la atención del parto normal.

La relación actual de las mujeres con el Centro de Salud (CS) de Churcampa

El CS de Churcampa es el único que tiene capacidad resolutoria para la atención de partos en el área donde viven las mujeres entrevistadas para este estudio. Los médicos que laboran en Churcampa son médicos haciendo su SERUM o servicio a las comunidades pobres o vulnerables en estos ámbitos (usualmente provienen de Lima) o han nacido en regiones aledañas como Huancayo o Ayacucho. Las obstetras suelen venir de Ayacucho y Huancayo. En pocos casos estos profesionales dominan el quechua. En algunos casos lo entienden a medias, pero no lo hablan. Esta es una primera barrera en la relación entre proveedores y usuarias. El 45% de las mujeres entrevistadas que acudieron al CS de Churcampa hablan sólo quechua, pero al 78% de ellas las atendieron sólo en castellano. El 22% de ellas dijeron que solo entendieron parte de lo que les dijeron y 2% que no entendieron nada. Es el personal técnico quien suele ser local y habla el idioma quechua fluidamente, pero en las observaciones y entrevistas que hicimos, no se cuenta con ellos como intérpretes.

El idioma no es la única dificultad, como sucede con los EESS públicos, especialmente los ubicados en ámbitos rurales (Defensoría del Pueblo 207, 2011 y 2013), estos tienen una serie de problemas respecto al abastecimiento de medicinas, el número de profesionales y equipamientos necesarios, el acceso geográfico y en general, con la calidad de atención. Ello se expresa en la valoración de las mujeres de Churcampa: 60% de las mujeres que se atendieron recientemente por algún problema de salud de ellas o sus hijos, dijeron tener poca o ninguna confianza en el CS de Churcampa. La mayoría de ellas en una pregunta de respuesta múltiple, dijeron que la razón es porque no hay medicinas (75%), no hay buenos doctores (47%), no los tratan bien (47%) y no entienden su lengua ni costumbres (16%).

Uso y calidad del control prenatal (CPN)

Las razones para asistir al control prenatal se ven repartidas entre las preocupaciones de las mujeres por la salud de sus futuros bebés y la presión externa por ir. Las mujeres tuvieron opción de dar más de una respuesta, siendo las más mencionadas: saber si el niño estaba bien (68%) y haber sido motivada o exigida por otros, incluyendo el personal de salud, familiares o por mandato de JUNTOS (63%). Esta información de la encuesta se ve respaldada y explicada por las entrevistas, pero estas revelan una lógica un tanto diferente a la de los prestadores de salud.

Tanto las mujeres jóvenes como mayores dicen ir al CPN para saber que todo está bien con ellas y con el/la bebé sobre todo cuando se aproxima la fecha de dar a luz, principalmente para conocer que el bebé se encuentre en la posición adecuada y así poder determinar si será necesario visitar a los especialistas (principalmente a la partera,

aunque una mujer refirió que lo hace personal de los establecimientos de salud) que les acomodan la barriga con la finalidad de tener un parto rápido y fácil sin mucho dolor, de modo que puedan evitar que los profesionales de salud de Churcampa las deriven al hospital de la ciudad de Ayacucho donde se sobreentiende tendrán que pasar por una cesárea. La recuperación de una cesárea es vista como algo casi imposible, debido a sus condiciones de vida en el campo, donde es casi inevitable el esfuerzo físico por el trabajo cotidiano, que implica trabajar en la chacra, pastar, alimentar y cuidar a los animales, realizar las labores de la casa como cocinar, cargar agua, lavar, cuidar y cargar a los hijos pequeños.

Es importante resaltar esta combinación que han hecho las mujeres entre su propia lógica y necesidades de salud, con la del EESS. En la encuesta, más de la mitad de las mujeres dijo haberse hecho acomodar el bebe antes del parto, sea por una partera o un familiar que tiene conocimientos de ello y en una minoría de casos, por un personal de salud. De otra parte, los argumentos centrales de los establecimientos de salud para lograr que las mujeres acudan al control prenatal inciden en la posibilidad de enfermar o morir durante el embarazo o parto, lo que se ha convertido en una fuente de temor. Acudir al control prenatal es, en la práctica, obligatorio sea para evitar ser sancionadas por el programa Juntos con la suspensión temporal del dinero que este programa les entrega, el cual tiene como un requisito cumplir con los controles prenatales, o para no tener problemas para obtener la partida de nacimiento del bebé. Muchas mujeres refieren que este condicionamiento las obliga a ir a los controles y que, de no existir, dejarían de acudir a los servicios.

No obstante, al referirse concretamente a la calidad de la atención de los CPN, este es juzgado de modo general, en forma favorable. En la encuesta, el 81% de las mujeres dijeron que les pareció buena la atención que recibieron en los CPN y el 16% que esta es regular. Las principales razones para considerar que la atención fue buena son que recibieron buen trato y que les explicaron los procedimientos y exámenes, en tercer lugar, se indicó el uso de su lengua al explicarles, lo que tendría que ver con que solo en alrededor de 20% de los casos la atención fue dada en quechua. Además, en las entrevistas se señalaron muchos aspectos favorables relacionados a la adecuación cultural del parto, ya que durante los últimos meses se les muestra la sala de parto que tiene las opciones e parto horizontal y vertical (acondicionada con el banco la soga).

La atención del parto: relevancia del parto vertical y la pertinencia cultural

Dentro de las principales razones para dar a luz en el Centro de Salud de Churcampa y no en sus casas (como solía ser), las mujeres mencionan a la vez, las ventajas para la salud de la madre y el niño, así como evitar las multas u otras sanciones, en ambos casos se trata del 75% de las encuestadas. Mientras que la atención según sus costumbres solo se refiere en el 16% de los casos.

DIO A LUZ EN EE SS: RAZONES	SÍ	
	N	%
La atienden según sus costumbres	12	15.79
Le pueden atender complicaciones a tiempo	22	28.95
Le pueden salvar la vida a la madre y al niño	35	46.05
Allí el niño nace más sano/ lo atienden mejor	6	7.89
Evitan multas y pagos adicionales (partida)	43	56.58
Para cumplir con Juntos y no le suspendan	14	18.42

N = 100. Respuesta múltiple.

Esta combinación de razones de salud y bienestar con las de conminación y condicionamiento tienen que ver con que el 96% de las mujeres considera que es obligatorio dar a luz en el centro de salud, con lo que se habría hecho propio el discurso del sector salud mediante sus estrategias de sanciones y temores. Así, el 71% de las mujeres dijeron que si no daban a luz en el CS pueden ser sancionadas o multadas por el CS u otras instituciones, y el 19% que dejaría de recibir las transferencias de JUNTOS (aunque esta condicionalidad no es tal).

SI UNA MUJER NO DA A LUZ EN EL CS: QUÉ PASA	Sí	
	N	%
Madre puede tener complicaciones o morir	42	42.00
Bebé puede nacer mal o morir	43	43.00
Madre puede sufrir en parto/ parto demora/ no sale placenta	22	22.00
Deja de recibir Juntos	19	19.00
Puede ser multada o sancionada por el CS/ otras instancias públicas	71	71.00

N = 100. Respuesta múltiple.

- *Seguridad para no morir durante el parto:* La mayoría de mujeres (36 de las 49) entrevistadas califica el establecimiento de salud como un lugar más seguro que sus casas para dar a luz. Algunas se refieren de manera específica a que no van a morir porque a diferencia de sus familiares que las atienden en la casa, el personal de salud del establecimiento de salud tiene recursos médicos importantes para salvarlas como el ponerles suero y usar medicamentos efectivos.

¿Dónde crees que es mejor dar a luz en la posta o en la casa?

En la posta señorita.

¿Por qué?

Porque en la posta te ponen suero y en la casa no.

¿Qué pasaría si el bebé nacería en la casa?

Dicen que puede morir, si se enferman (dan a luz) en la casa sus hijos pueden morir o ustedes mismas también pueden morir nos dicen (Usuaría 33, 33 años, Churcampa, Huancavelica 2013).

- *Pertinencia intercultural: si no, no irían:* La posición para dar a luz es muy importante para las mujeres porque ello les brinda seguridad acerca de la mayor o menor dificultad en su parto. Cuando se plantea que sucedería si no hubiera la opción de tener un parto vertical en el EESS, se puede apreciar mejor lo crucial que es esto para las mujeres. El que sea posible escoger la opción de dar a luz sentadas y cogiéndose de la soga disminuye los temores de no poder parir con facilidad y motiva a las mujeres a acudir a los EESS. **Sin embargo, dado que el acudir a ellos se plantea como una obligación con sanciones o pérdidas, esto estaría dificultando que se pueda apreciar el parto vertical como un derecho y se le valore como opción y cambio importante en los EESS.** En este caso, es muy pertinente citar a Ginsberg y Rapp (1995), respecto a que si bien las mujeres rurales pueden estar de acuerdo con las opciones que les presentan nuevos recursos (en este caso, los EESS), no están dispuestas a aceptar los sistemas de control en que están insertos, y menos aun a que

violenten su voluntad, así como a los malos tratos a los que pueden ser sometidas por parte del personal de salud.

¿Si te dijeran que solo van a dar echadas en camilla ya no sentada ni con sogá, qué harías?

Ya no iría, mejor daría en mi casa.

¿Por qué?

Es que es difícil, que nos estén tirando a la cama, nos abran y como a un animal nos crucifique (Usuaría 28, 25 años, Churcampa, Huancavelica 2013)

Ahora ya no es así y en la soguita damos a luz. [...] Sino no iríamos, aunque sea obligatorio y en la casa nos atenderían en la soguita (Usuaría 36, 38 años, Occopampa, Huancavelica 2013).

- *Calidad en la atención del parto:* Respecto a la calidad de atención en la atención del parto, el 59% de las 100 mujeres encuestadas dijeron que la atención durante su parto fue buena el 18% que esta fue regular, mientras que hubo un 13% que dijo que esta atención fue mala o muy mala. Lo que se valora más para decir que hubo buena atención en el parto es el “buen trato” (67%), le sigue el manejo de complicaciones y dolores (43%) y en tercer lugar el uso de su lengua y costumbres (24%).

En las entrevistas, la mayoría de mujeres (35 de las 49) refiere haber tenido buenas atenciones durante sus partos en Churcampa, por lo que sienten confianza de acudir nuevamente en caso de tener otro parto. Varias se vieron confrontadas con sus temores por experiencias anteriores en el establecimiento de salud, pero constatan que en los últimos años encontraron personal que les brindó una mejor atención, la que consideran buena por una serie de razones, entre las que destacan: el buen trato (paciencia, cariño, sin gritarles, respetuoso, que les expliquen y entiendan), que les den la opción de poder escoger la posición para dar a luz y tener un parto vertical “con la sogá”, además de que les hablen en quechua y puedan contar con la presencia de sus familiares. Así mismo se menciona que es importante que no sufra la madre y el niño, y que no sean necesarios cortes. No esperar mucho rato también se considera parte de la buena atención.

Si bien, a juzgar por la encuesta, no se destaca en primera instancia la pertinencia intercultural para ir al EESS a dar a luz, al ahondar en el tema en las entrevistas, se aprecia la fuerte valoración de la posibilidad que las mujeres puedan escoger la posición del parto. Este tipo de oferta del parto vertical es pues, muy importante para las mujeres y es apreciada porque les da confianza. Además, las mujeres refirieron a otros elementos que son propios de la pertinencia intercultural, como que se permita la presencia de familiares y que respeten sus criterios de pudor y vergüenza para no exponer sus partes íntimas, lo que se toma en cuenta, por lo general, en la atención del parto en Churcampa. Además, las mujeres aludieron a otros aspectos que no siempre se cumplen en el CS de Churcampa, como que les hablen en quechua, lo que se asocia como un indicador de que los proveedores las entienden y van a atender mejor.

- *Variaciones de la calidad de atención en EESS:* Los aspectos favorables en la atención que actualmente se brinda en los establecimientos de salud a los que

acuden, desde la perspectiva de las mujeres, responde a cambios implementados recientemente respecto a contar con más personal de salud, mejor capacitado y que les brinda un buen trato, así como la mejora de la infraestructura, y de equipos, además de la atención culturalmente pertinente.

A la vez, se evidencia que la calidad de atención no es homogénea, sino que varía según el personal que les atiende y el EESS donde son derivadas. Las mujeres diferencian al personal de salud y reconocen que hay quienes tratan bien o mal. Así una mujer que indica que la trataron mal en su parto dijo: “Me tocó una doctora mala, gritona, que me daba miedo y por eso a veces no venía a mi cita. No le entendía cuando me decía algo”. Otra que habló de un buen trato, indicó: “La doctora me explicaba todo en quechua y me contaba cómo estaba creciendo mi bebé. Tenía mucha paciencia”. De allí que para tener una mejor atención buscan de ser atendidas por el personal que las trata mejor, lo que en caso de un parto, va a depender de un albur.

Retos que dificultan la sostenibilidad de la atención intercultural del parto en Churcampa

- *El contexto de la relación social de las usuarias con el Estado y los proveedores de salud:* Un aspecto crítico que dificulta la valoración y demanda de la atención del parto con adecuación intercultural en los servicios de salud como un derecho, es el carácter prescriptivo que ha ido adquiriendo el parto institucional y que persiste una estructura de relación paternalista o autoritaria entre proveedores y usuarias rurales indígenas, así como una memoria de una serie de estrategias coercitivas aplicadas por el personal de salud para que las mujeres rurales quechuas asistan a los servicios de salud materno-infantil. Algunas de las usuarias refirieron que el personal de salud continúa usando estrategias de sanción o amedrentamiento cuando ellas no acuden a los servicios de salud materna, como multas o amenazas. Esto último no se pudo comprobar, pero lo que queda claro es que el temor de ser sancionada, se ha erigido como una de las principales-sino la principal-razón para “optar” por el parto institucional.

A esto se suma el programa de transferencia condicionada de dinero denominado JUNTOS implementado desde el año 2005. Formalmente, se exige el CPN y los controles de crecimiento y desarrollo (CRED) de los niños, pero durante el CPN se suele exigir a las mujeres que tengan un parto institucional usando las estrategias ya citadas. Ciertamente, el parto institucional ha ayudado grandemente a disminuir la mortalidad materna en Churcampa y otras zonas de Huancavelica, pero a costa de negar a las mujeres rurales su condición de ciudadanas y capacidad de entender y decidir de acuerdo a su cultura. Esto es particularmente urgente de revertir en una zona como Churcampa, donde precisamente se ha hecho un esfuerzo considerable para respetar la cultura y preferencias de las usuarias en los servicios de salud materna, y además, se ha convertido en una referencia nacional e internacional para la incorporación de la interculturalidad en la atención del parto.

- *Maltrato e interculturalidad:* Si bien la mayoría de las encuestadas y entrevistadas indicaron que las atendieron bien o regular, también se narraron experiencias de maltrato y de ausencia de comunicación e interculturalidad. Un

número, aunque menor, de mujeres que no dieron a luz en el servicio de salud, indican que no lo hicieron o no lo harían porque, aunque atienden según sus costumbres, no se sienten cómodas, las tratan mal o las gritan, no hablan en su idioma o no las entienden; otras aluden a dificultades para trasladarse al CS. La continuidad de formas de maltrato por algunos proveedores, sea en el servicio de parto o en otros que pudimos observar (ej. reprender a las madres respecto al cuidado de sus hijos) y el poco esfuerzo por encontrar alternativas a las brechas lingüísticas (no se suelen usar intérpretes de manera sistemática, sino solo se pide a los parientes que traduzcan las indicaciones médicas), representan una gran contradicción respecto a la institucionalización del parto vertical con adecuación intercultural en el CS de Churcampa. Más aun, esto se halla en conflicto con el objetivo de mejorar los servicios de salud materna-infantil que tuvo el Consorcio Madre-Niño cuando impulsó la atención intercultural del parto, la cual propuso un enfoque de derechos humanos, género e interculturalidad.

- *Vigencia de la medicina indígena versus la aplicación restringida del enfoque intercultural:* El que las mujeres acudan al EESS no significa que no continúen haciendo uso de la medicina indígena fuera de estos. Así, más de la mitad de ellas dijo haberse hecho acomodar el bebe antes del parto, sea por una partera o un familiar que tiene conocimientos de ello. Así mismo, tienen sus propias lógicas explicativas sobre su salud y la salud de sus hijos. De allí que se debe observar las limitaciones de que el enfoque intercultural se use sólo de manera restringida en la atención del parto (posición vertical, presencia de familiares y algunas otras prácticas) y que además no se implemente en otros servicios de salud a los que acuden estas mismas mujeres, sus esposos e hijos. Es muy evidente el contraste entre el enfoque intercultural que se aplica en la atención del parto y su poca o nula presencia (de acuerdo al personal de salud que atiende) en la atención de la salud del recién nacido y los niños pequeños en general. Esto último sigue generando desencuentros culturales, que al no ser abordados de manera respetuosa y dialogante, pueden tener consecuencias importantes para la salud de los niños, ya que las madres se sienten disuadidas de llevar a sus hijos para abordar ciertos problemas de salud de sus pequeños debido a que consideran que sus malestares no pueden ser tratados en los establecimientos de salud, e incluso, en algunos casos, los tratamientos biomédicos pueden ser contraproducentes. Ello retrasa algunas veces la atención inmediata de problemas respiratorios o diarreicos de los niños.
- *Contradicciones al interior del sistema de salud: Reconocimientos externos y discordancias internas:* No menos importante, es el carácter conflictivo que aun tiene la institucionalización del parto con adecuación intercultural en la red de salud de Churcampa, lo que en ocasiones ha amenazado su continuidad. Esto se debería a la oposición de varios profesionales de salud (incluyendo médicos, obstetras y enfermeros) a que se siga ofreciendo esta opción de dar a luz de manera generalizada por considerar que incrementa el riesgo de sufrimiento fetal y otros problemas de salud de los recién nacidos. Luego de revisar las historias clínicas, encontramos que tanto los partos atendidos vertical como horizontalmente presentaban similar número de casos con complicaciones o APGAR por debajo de lo normal y que estos se daban en una minoría de los partos. Explorando las diversas opiniones vertidas por parte de los profesionales

de salud, encontramos que algunos de ellos tenían conflictos personales y de enfrentamiento profesional con la obstetra que promueve con más ahínco el parto vertical, y en otros casos, que había concepciones no fundamentadas por la literatura médica ni las historias clínicas revisadas. Hasta lo analizado en este momento, podemos decir que los aspectos positivos de la institucionalización del parto con adecuación intercultural se habrían logrado mantener en Churcampa más por el reconocimiento externo (ej. premio de la OPS; acreditación como centro pasante nacional e internacional; reconocimiento del Ministerio de Salud y la Universidad Nacional Mayor de San Marcos como centro modelo y de enseñanza) y la labor de algunas obstetras y otro personal comprometido con la experiencia; que por factores internos, tales como el apoyo institucional de la Red de Churcampa o la presión de la población para defender la vigencia de esta forma de atención del parto.

4. PUBLICACIONES DE LOS ESTUDIOS

Los resultados resumidos en este informe fueron publicados en los siguientes textos, que se encuentran en el repositorio digital del IEP y han sido subidos a la web del IDRC en las categorías correspondientes:

1. Documento de trabajo: El aporte a la salud intercultural de los egresados del Programa de Formación de Enfermeros Técnicos de AIDSESEP. Estudio de caso en dos comunidades de Amazonas. Claudia Chávez, Carmen Yon y Cynthia Cárdenas (2015). Lima: IEP. En: <http://repositorio.iep.org.pe/handle/IEP/450>
2. Documento de trabajo: Entrecruzando Ríos. Sistematización de la propuesta pedagógica de formación de enfermeros técnicos en salud intercultural de AIDSESEP. Cynthia Cárdenas y M. Amalia Pesantes (2017). Lima: IEP y AIDSESEP. En: <http://repositorio.iep.org.pe/handle/IEP/523>
3. Documento de trabajo: Los retos para enfrentar la desnutrición infantil: un estudio de caso en Vilcashuamán, Ayacucho. *Los retos para enfrentar la desnutrición infantil: “Saber y no poder”*. Un estudio de caso en Vilcas Huamán. Tamia Portugal, Carmen Yon y Rocío Vargas Machuca (2016). Lima: IEP. En: <http://repositorio.iep.org.pe/handle/IEP/404>
4. Documento de política: El aporte a la salud intercultural de los egresados del Programa de Formación de Enfermeros Técnicos de AIDSESEP. Claudia Chávez, Carmen Yon y Cynthia Cárdenas (2015). Lima: IEP.
5. Documento de política: Los retos para enfrentar la desnutrición crónica infantil en comunidades rurales andinas. Tamia Portugal, Carmen Yon y Rocío Vargas Machuca (2016). Lima: IEP.
6. Artículo “Salud para todos y todas en un país desigual y diverso: Buenas señales y pronto desafíos”. Carmen Yon (2016). En *Argumentos*, Revista de Análisis y Crítica. Año 10, No 3. Disponible en: <http://revistaargumentos.iep.org.pe/articulos/salud-todos-todas-pais-desigual-diverso-buenas-senales-prontos-desafios/>

También se encuentran en prensa:

1. Artículo “La interculturalidad realmente existente en salud”. Carmen Yon. En prensa. Se publicará en *Argumentos*, Revista de Análisis y Crítica.
2. El libro: *Salud de los Pueblos Indígenas, Desigualdades Sociales e Interculturalidad*, editado por Carmen Yon, donde se publicarán los artículos presentados en el seminario final del proyecto. Cabe mencionar que los resultados del tercer estudio de caso se publicarán en un artículo del citado libro y en una revista arbitrada, así como que se ha venido presentando en eventos académicos y otras reuniones pertinentes. Esta decisión de no publicar el estudio de la red de salud de Churcampa en el mismo formato que los otros, se debe a que difundir los resultados negativos sobre el único intento estatal sostenido y premiado como buena práctica, se evaluó como contraproducente en un momento en que la política de salud intercultural empieza a existir (desde abril de 2016) y debido a la disminución del presupuesto por el atraso cambiario.

Así mismo, se han producido los siguientes videos:

- Video de presentación de propuestas y acuerdos para implementar la salud intercultural en pueblos indígenas amazónicos. I Encuentro de Egresados del Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica de AIDESEP: <https://www.youtube.com/watch?v=4s2M8V6YuGc>
- Video de testimonios de enfermeros técnicos en salud intercultural. I Encuentro de Egresados del Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica de AIDESEP: <https://www.youtube.com/watch?v=C9zvHdmjMuw>

VI. RESULTADOS DEL PROYECTO EN EL ÁMBITO DE DESARROLLO DE CAPACIDADES

Equipo del IEP: Por parte de las investigadoras integrantes del equipo del IEP, se han potenciado capacidades para el trabajo interdisciplinario entre antropólogas, nutricionistas, educadoras, obstetras, médicos/as y activistas indígenas. La investigadora local bilingüe (quechua y castellano) que realizó el trabajo de campo en Ayacucho y Huancavelica, también ha continuado desarrollando sus habilidades para realizar investigación etnográfica, al habersele dado mayor capacitación y responsabilidad en el recojo, organización y presentación de la información. Mención aparte merecen los procesos de análisis de la información, que fueron espacios de aprendizaje constante para el equipo del IEP, tanto en el caso de las investigadoras más jóvenes, como del conjunto del equipo. Ello se vio favorecido por los debates semanales entre nosotras y en momento estratégicos, con asesoras del proyecto y de las instituciones contrapartes que provienen de distintas disciplinas, como la nutrición y la educación.

También ha sido un particular esfuerzo desarrollar capacidades de investigación en profesionales y técnicos locales bilingües y traductor/es (Amazonas) que han apoyado en el recojo de información, lo que ha sido más notorio en el caso de Amazonas por haber tenido menos oportunidades para desarrollar y formarse en este tipo de labor. Entre estas capacidades que han requerido el seguimiento permanente de las investigadoras del IEP, están: escuchar sin juzgar o inducir respuestas a los entrevistados/as, no dar por sentadas las respuestas por el hecho de ser locales o

compartir similar cultura, no buscar respuestas correctas sino recuperar lógicas propias de la población con la que se conversa y re-valorar el conocimiento que existe en la población indígena y de la cual queremos aprender.

Durante el desarrollo de las actividades de investigación, discusión y difusión del proyecto, así como de elaboración, implementación, seguimiento de los proyectos de mejora, el equipo de investigadoras del IEP ha desarrollado capacidades para el trabajo conjunto con instituciones y organizaciones no académicas que trabajan con poblaciones indígenas. Además, desde el tercer año, se han incrementado los espacios de coordinación e intercambio con decisores de política, funcionarios y sus asesores/as (p.ej. del Ministerio de Salud y del Viceministerio de Interculturalidad, consejera indígena del gobierno regional de Amazonas), lo que ha fortalecido nuestras capacidades para establecer puentes entre la investigación y la política en salud intercultural. También, estas actividades nos han posibilitado establecer algunas alianzas estratégicas en temas comunes para desarrollar actividades de nuestro proyecto general (presentación de resultados de estudios en coordinación con la DIRESA) y proyectos de mejora (realización conjunta de encuentro de enfermeros técnicos indígenas con el Ministerio de Salud y el Ministerio de Cultura). En la segunda fase del proyecto, ha sido crucial contar con estudios sólidos y alianzas de interés para los funcionarios públicos sobre un tema que solo recientemente empieza a tener un espacio en la agenda pública. Además, hemos desarrollado estrategias para presentar los resultados y recomendaciones de nuestras investigaciones. Ha sido fundamental, vincularlas a espacios más amplios de debates locales, regionales y nacionales, donde tanto actores estatales como de la cooperación internacional y la sociedad civil, presentan sus propios logros y retos en temas comunes como son la salud indígena y la salud intercultural. Así mismo, se dio la oportunidad de participar directamente como contrapartes de la elaboración de una ordenanza regional, protocolos para la atención del parto y el recién nacido desde una perspectiva intercultural y de derechos, y un módulo educativo intercultural en alimentación y nutrición.

Instituciones participantes y poblaciones con las que trabajan: Los estudios presentados y el trabajo conjunto con el IEP en los PM, han sido reconocidos por nuestras contrapartes como espacios para fortalecer o desarrollar sus capacidades de incidencia en políticas públicas, las que tienen que ver con algunos impactos que se describen en el siguiente punto respecto al reconocimiento de sus aportes y la generación de herramientas (ordenanza regional), ampliación de aliados y espacios de diálogo, así como fortalecimiento de su relación con estos.

Además, los espacios permanentes de discusión y coordinación con nuestras contrapartes sobre sus intervenciones, han motivado que sigan generándose preguntas sobre su accionar cotidiano. En ese sentido, pensamos que el proyecto contribuye a generar o potenciar capacidades para la reflexión crítica entre investigadoras y activistas indígenas respecto a la salud indígena y salud intercultural. Así, en el caso de CHIRAPAQ, esto contribuye a un proceso de fortalecimiento en la incorporación de un enfoque de derechos e interculturalidad en intervenciones de salud y nutrición. En la reunión de autoevaluación se reconoció que contar con nuestros estudios les había sido valioso tanto para mejorar sus intervenciones, como para la visibilidad de su propuesta y la ampliación de su incidencia en ámbitos regionales y nacionales.

En cuanto a AIDSESEP, ha significado retomar sus capacidades como pioneros en salud intercultural indígena para fortalecerse en este tema como referentes e interlocutores frente a decisores de políticas públicas, así como para volverse a vincular con los enfermeros técnicos indígenas que egresaron de su programa de formación. También, se logró generar un espacio de diálogo entre los enfermeros técnicos, AIDSESEP y funcionarios públicos (Encuentro). También, se retomaron las gestiones para el reconocimiento formal de la especialización en salud intercultural de los enfermeros técnicos que no la tenían (caso de Amazonas), habiéndose logrado mediante gestiones del proyecto de mejora (IEP y AIDSESEP) que se reconozca su especialidad en este enfoque en el caso de los enfermeros técnicos egresados del Instituto Superior Tecnológico de Bagua, Amazonas. Este logro fortalece las capacidades de los enfermeros técnicos indígenas para implementar la salud intercultural en sus zonas de trabajo.

En el caso de Salud sin Límites Perú (SSLP), el PM que le propuso desarrollar el IEP, ha sido una oportunidad de continuar desarrollando y fortaleciendo sus capacidades en temas en que son pioneros en Churcampa, como es la incorporación de la interculturalidad en la atención del parto de los servicios de salud. También, fue una oportunidad para que se amplíe su intervención a la atención del recién nacido y retomen su trabajo con organizaciones de la sociedad civil en el tema de la atención intercultural del parto como un derecho. La experiencia de desarrollar una política para institucionalizar la atención del parto y del recién nacido desde una perspectiva intercultural y de derechos, les ha sido importante para continuar replicando similares estrategias y acciones en otros ámbitos de su intervención, como nos manifestaron en una reunión de autoevaluación.

VII. RESULTADOS DEL PROYECTO EN EL ÁMBITO DE LA INCIDENCIA EN POLÍTICAS PÚBLICAS

Como parte de nuestros objetivos del proyecto, tanto en la etapa de investigación como de los proyectos de mejora, hemos presentado y discutido los resultados de nuestros estudios e innovaciones de política, con funcionarios del Estado vinculados con políticas de salud (Ministerio de Salud y Direcciones Regionales de Salud), pueblos indígenas (Defensoría del Pueblo y Viceministerio de Interculturalidad) e interculturalidad (Viceministerio de Interculturalidad). Esto ha permitido lograr informar e influir en procesos que favorecen la interculturalidad en salud, especialmente en el caso de los pueblos indígenas u originarios que son a quienes se han dirigido los esfuerzos existentes. Usando la terminología provista por el IDRC, a continuación hacemos un recuento de las innovaciones⁷ que han sido identificadas, probadas o adaptadas⁸ para llevar a escala dentro de nuestros proyectos de mejora. Luego, me

⁷“Innovaciones son definidas como tecnologías, métodos, prácticas y recomendaciones que abordan problemas/cuestiones específicas o al menos permiten el camino para tomar ventaja de nuevas oportunidades. Innovaciones pueden ser entendidas como alternativas, nuevas formas de hacer u organizar algo e incluir la adaptación o adopción de productos y procesos existentes a nuevos contextos. Innovación también abarca los instrumentos de política, medidas de organización y alternativas institucionales” (IDRC).

⁸“Una adaptación de una innovación puede ser definida como el proceso de ajuste de una innovación de modo que sea más adecuada y pertinente a las necesidades de las personas, contextos, países o mercados. La adaptación se requiere a menudo para aumentar el alcance, la amplitud y el alcance de los cambios, beneficios y soluciones que traen innovaciones a las personas” (IDRC).

referiré a los procesos de políticas y debates que nuestro proyecto influenció tanto a partir de nuestros estudios como de las innovaciones y otras actividades desarrolladas a través de los proyectos de mejora.

Innovaciones que han sido identificadas, probadas o adaptadas para llevar a escala dentro de nuestro proyecto

Podemos contar siete (7) innovaciones, las que se enmarcan en cada uno de nuestros proyectos de mejora y están estrechamente ligados a las investigaciones realizadas y las articulaciones establecidas con actores estatales y de la sociedad civil durante las dos fases de nuestro proyecto:

Dos de ellas, el Encuentro y la Asociación de enfermeros técnicos en salud intercultural, que se realizaron en el proyecto de mejora de AIDSESEP, son innovaciones de carácter organizacional que facilitan intercambio y el fortalecimiento de personal de salud formado en salud intercultural, así como su interacción con autoridades regionales y nacionales.

Otras dos, la Ordenanza regional que favorece la contratación de personal con formación en salud intercultural y que hable la lengua materna de la población (PM de AIDSESEP) y la Política para la atención del parto y del recién nacido con enfoque intercultural en la red de salud de Churcampa (PM Churcampa), son instrumentos de política que favorecen la institucionalización de la salud intercultural en ámbitos regionales y locales.

Finalmente, tres iniciativas: el Módulo de Educación Alimentaria Intercultural para mejorar la nutrición de niños, niñas y mujeres en zonas andinas (PM de CHIRAPAQ), así como la cartilla y los spots radiales sobre el derecho a la salud de las gestantes desde un enfoque intercultural (PM de Churcampa), son innovaciones educativas para promover procesos de información y educación desde una perspectiva intercultural y de derechos que buscan generar, regional y localmente, procesos reflexivos y de ciudadanía acorde con los marcos normativos nacionales existentes. Estos últimos, si bien son favorables a la interculturalidad (p. ej. Normas Técnicas para la atención del parto desde una perspectiva intercultural y Política sectorial de Salud Intercultural), no han logrado concreción desde una perspectiva de derechos en los ámbitos estudiados. El material ofrecido ha buscado responder a contextos culturales específicos y ofrece una perspectiva que busca fortalecer metodologías y enfoque que reconozcan la diversidad cultural y los derechos en salud de los pueblos indígenas y originarios.

-Proyecto de mejora de AIDSESEP: “Visibilizar aportes y enfrentar retos: Proyecto de Mejora sustentado en el estudio sobre los aportes de los enfermeros técnicos en salud intercultural egresados del PFETSIA- AIDSESEP”

Encuentro nacional de enfermeros técnicos en salud intercultural: Este evento se realizó del 28-30 de mayo de 2016 con el objetivo de fortalecer a los enfermeros técnicos egresados del PFETSIA para que puedan implementar sus aprendizajes en salud intercultural y sean reconocidos en sus capacidades dentro del sistema de salud estatal a nivel local y regional. Reunió, por primera vez a enfermeros técnicos en salud intercultural egresados del programa de AIDSESEP de las regiones de Ucayali,

Amazonas y Loreto. Participaron 24 egresados de las tres promociones del programa de Formación de Enfermeros Técnicos de AIDSESEP. Este encuentro fue reconocido por los funcionarios públicos invitados y los propios enfermeros técnicos como el primer evento que reúne a una diversidad de actores interesados en el tema de salud intercultural amazónica: profesionales de la salud, funcionarios estatales de los sectores salud, educación y economía, miembros de la academia, líderes indígenas y la Defensoría del Pueblo.

Se logró compartir con funcionarios del nivel central experiencias de implementación de salud intercultural en servicios de salud que tienen diversos problemas para brindar una atención de calidad a la población indígena amazónica. Así, la dirigente de AIDSESEP encargada del tema de salud indicó en la reunión de evaluación que el encuentro fue un espacio que ayuda a colocar en agenda del MINSA las demandas de los egresados indígenas como profesionales que laboran en zonas amazónicas.

También, este evento permitió que los enfermeros técnicos indígenas conozcan la recientemente aprobada la Política Sectorial de Salud Intercultural (1 de abril de 2016) que fue presentada por el Director de la Dirección de Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud. El proceso de reflexión sobre sus prácticas de salud intercultural y las sesiones con los funcionarios del MINSA permitieron que los enfermeros técnicos indígenas encontraran en el encuentro un espacio para establecer algunos acuerdos para la implementación de la política sectorial de salud intercultural desde sus propias experiencias. Los enfermeros participantes redactaron un documento (Memorial, ver Anexo 5.1.) donde manifestaron propuestas y acuerdos para la implementación de salud intercultural en pueblos indígenas amazónicos. Este memorial fue dirigido al Ministro de Salud, el Director de Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud, la Viceministra de Interculturalidad del Ministerio de Cultura y al presidente de AIDSESEP. Así mismo, estos enfermeros concordaron con las autoridades de salud que el desarrollo de este Encuentro debería ser el antecedente para lograr siguientes reuniones similares organizadas en coordinación con el sector oficial de salud, sentando así un precedente para futuras reuniones de articulación e intercambio entre actores locales, regionales y nacionales en materia de salud intercultural.

Este protagonismo y expresión de la ciudadanía de los enfermeros técnicos en el marco del evento fue resaltado por el representante de la Defensoría del Pueblo, quien comentó que el Encuentro entre enfermeros técnicos y con funcionarios públicos ha permitido que “ya no se vea a los pueblos indígenas como un objeto de protección sino más bien como sujetos de derechos” y como de ese modo se da concreción a la interculturalidad en salud como un derecho: *“intercultural no en términos digamos abstractos, doctrinarios sino en términos efectivos, porque justamente cuando se plasma esta interculturalidad el derecho va a ser realmente ejercido y van a tener y van a poder gozar de una salud adecuada”* (D. Sánchez, Defensoría del Pueblo).

Se logró la participación de dos funcionarias estatales provenientes de las regiones donde se desarrolló el PFETSIA, lo que permitió conocer los diversos problemas que enfrentan estas encargadas de la estrategia de salud de los PPII (ahora Dirección de Salud de PPII) para hacer realidad la política sectorial en salud intercultural en las regiones de Ucayali y Loreto. Se destacó la falta de recursos financieros, evidenciando la ausencia casi total de recursos propios para cumplir con cualquier plan en el tema que se hubiera elaborado.

Además, la posibilidad de que los enfermeros técnicos de tres regiones se reúnan ha sido un primer paso para tender los lazos entre ellos y dio lugar a que se establezcan los primeros pasos para la formación de la asociación de enfermeros técnicos en salud intercultural. Estos fueron tomar la decisión de conformarla y la elección de su primera junta directiva. También se retomó la relación entre los enfermeros técnicos y la organización indígena a pesar que en un inicio la mayoría de enfermeros reclamaban que la organización los había abandonado.

Ver videos: <https://www.youtube.com/watch?v=4s2M8V6YuGc>
<https://www.youtube.com/watch?v=C9zvHdmjMuw>

Asociación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural: Esta asociación surge de las articulaciones y reflexiones de los enfermeros técnicos en salud intercultural en el encuentro descrito líneas arriba. La asociación se vislumbra como un mecanismo organizativo que les puede permitir mayor fortaleza colectiva a los enfermeros técnicos indígenas formados por AIDSESEP en salud intercultural. Se busca, mediante su constitución, fortalecer a estos enfermeros técnicos en su relación con el sector oficial de salud, pero también, la posibilidad de ser interlocutores para establecer relaciones con otros actores e instituciones que les permitan llevar a cabo proyectos propios para seguir desarrollando sus capacidades en salud intercultural y otros aspectos de su formación en beneficio de la salud de los pueblos indígenas amazónicos. Así mismo, se vio como una instancia gremial que permitiría establecer lazos con otros enfermeros técnicos, ampliando así sus afiliados y posibilidades de negociación. Ver su acta de conformación y estatutos en el Anexo 5.2.

Ordenanza regional que favorece la contratación de personal con formación en salud intercultural en Amazonas, región donde realizamos uno de los estudios de caso. El sábado 13 de agosto de 2016 se publicó en el Diario oficial El Peruano la Ordenanza 338 del Gobierno Regional de Amazonas que aprueba la incorporación de la formación en salud intercultural y la lengua materna de la población como criterios para la contratación y selección de personal de salud (técnico o profesional) en zonas con presencia de pueblos indígenas. Ver la publicación oficial en El Peruano aquí: <http://busquedas.elperuano.com.pe/normaslegales/aprueban-la-incorporacion-de-la-formacion-en-salud-intercult-ordenanza-n-388-gobierno-regional-amazonas-cr-1414664-1/>

La consejera regional awajún Clelia Jima impulsó esta medida teniendo como referencia la evidencia mostrada por el estudio realizado por el Instituto de Estudios Peruanos sobre el trabajo de los egresados del Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural de la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESEP). Luego de la presentación, le brindamos asesoría y contratamos una consultoría de un médico involucrado con el tema conocedor del sector. Ver el video de la consejera Clelia Jima opinando sobre ordenanza regional que favorece la salud intercultural en Amazonas: <https://www.youtube.com/watch?v=zesxWxBGDn4>

A través de esta ordenanza regional, se establece la asignación de puntajes específicos para la contratación y selección del personal de salud en zonas con presencia de pueblos indígenas. Así, se otorgarán puntajes por tener capacitación acreditada en salud intercultural (15%), por el dominio de la lengua predominante en la zona (10 %) y por la pertenencia étnica al pueblo originario amazónico predominante en el ámbito donde

laborará el personal de salud (5%). Con esta norma se contribuye a la presencia de recursos humanos calificados para la atención a la población indígena de Amazonas, la cual es mayoritariamente awajún y wampis. Asimismo, se incentivan la formación en salud intercultural y la valoración de la lengua indígena como elementos importantes de la calidad de atención en los servicios de salud. Estos criterios se enmarcan en la recientemente aprobada Política Sectorial de Salud Intercultural DS 016-206 -SA. Así, la aprobación de esta ordenanza constituye una de las primeras medidas tomadas por los gobiernos subnacionales para implementar la salud intercultural en los pueblos indígenas amazónicos. La medida fue difundida en redes sociales:

<https://www.servindi.org/actualidad-noticias/18/08/2016/amazonas-publican-ordenanza-regional-en-salud-intercultural-que>

http://www.iep.org.pe/publican_ordenanza_del_gobierno_regional_de_amazonas_con_aportes_del_iep_sobre_salud_intercultural.html

-Proyecto de mejora de CHIRAPAQ para el Programa de Seguridad y Soberanía Alimentaria

Módulo de Educación Alimentaria Intercultural para mejorar la nutrición de niños, niñas y mujeres en zonas andinas: A partir de la primera fase de investigación del proyecto se identificó la tendencia por parte del sistema de salud oficial a asumir que las madres y cuidadores no tienen interés por el bienestar nutricional de sus niños y que sus conocimientos propios son falsos (“mitos”). También se encontró que se responsabilizaba únicamente a las madres por la desnutrición de sus hijos, sin tener en cuenta las causas estructurales que la generan (pobreza, falta de acceso a servicios de calidad, falta de reconocimiento cultural). El modo en el que se ha venido dando información sobre nutrición a las familias es vertical e impositivo, sin tener en cuenta conocimientos propios, dudas o temores. Encontramos también, en nuestros estudios, que las madres y cuidadores, en cambio, sí están interesadas por tener más información para mejorar las condiciones nutricionales de sus niños, valoran la información brindada desde el sistema oficial, pero al no tener espacios de diálogo la tendencia ha sido a memorizar la información, sin encontrarle completo sentido ni posibilidades de realización. CHIRAPAQ, a su vez, requería generar materiales propios para sus actividades sobre nutrición. En este sentido, CHIRAPAQ y el equipo de trabajo del IEP identificamos que un aporte importante para lograr cambios significativos sería realizar un material educativo intercultural sobre nutrición, que no se dedique solo a brindar contenidos, sino que proponga una forma dialógica de hacerlo y parta de una visión de los problemas nutricionales que involucre a los diversos actores involucrados, y no solo a las madres o las familias rurales.

Los objetivos de elaborar este módulo educativo fueron dos. En primer lugar, promover un diálogo en el que se logre que los conocimientos y prácticas locales se expresen y dialoguen con la información biomédica que se requieren impartir, tomando en cuenta las dudas y temores que puedan surgir. Se espera que a partir de ello, las madres o cuidadores analicen la viabilidad a la información brindada y puedan apropiarse de ella para ponerla en práctica, teniendo en cuenta la riqueza de los productos originarios y locales al alcance de la familia, que es parte de los objetivos del Programa de Soberanía y Seguridad Alimentaria de CHIRAPAQ. En segundo lugar, se busca generar también un espacio de reflexión y acción respecto a otros determinantes sociales de la desnutrición y la anemia que no dependen solo de las familias rurales, como los ya identificados en nuestros estudios: la seguridad alimentaria, el acceso a agua segura y

saneamiento, la sobrecarga del trabajo de las mujeres, así como la mejora de servicios de salud desde el reconocimiento cultural y la mejora de su capacidad resolutive, haciendo partícipes a las madres y cuidadores, autoridades de la comunidad y autoridades del gobierno en acciones políticas para lograrlo.

El material ha sido validado a partir de una prueba piloto realizada en dos comunidades quechuas del ámbito de trabajo de CHIRAPAQ en Ayacucho. Además, se ha contado con la lectura del material y comentarios por parte de la Dra. Jeanine Anderson (antropóloga) y el doctor Ponciano del Pino (historiador), investigadores dedicados a temas de salud infantil, y la Lic. María Dextre, representante del Colegio de Nutricionistas del Perú. El material también ha sido revisado y discutido con especialistas y funcionarias estatales relacionadas con el tema en el seminario “Seminario Salud de Pueblos Indígenas, Desigualdades Sociales e Interculturalidad (Sesión: Salud infantil, seguridad alimentaria e interculturalidad)” en Lima (19 de setiembre de 2017), y en la sesión de presentación del Módulo en la ciudad de Ayacucho (13 de octubre de 2017). Tanto en la presentación de Lima con funcionarios de nivel nacional como la de Ayacucho, hubo comentarios muy favorables al vacío que ayuda a cubrir nuestro módulo y se generaron dos compromisos concretos: el del Colegio Nacional de Nutricionistas, que ofreció colocar su aval en la publicación, y el de la Dirección Regional de Salud de Ayacucho, de incluirlo en los materiales a ser usados en esta región, una vez que se encuentre publicado. Adicionalmente, la congresista indígena Tania Pariona, que comentó el módulo en ambas presentaciones, se comprometió públicamente a presentar un proyecto de ley que vincule la seguridad alimentaria con los temas que propone el módulo.

En principio, el material será usado por promotoras y promotores con los que trabaja CHIRAPAQ actualmente, y se dirige a mujeres en edad fértil y cuidadores de niños menores de tres años. También hemos promovido su uso entre proveedores de salud y como material educativo en escuelas superiores relacionadas con el cuidado de la salud infantil. Como veremos líneas abajo, esto último se plantea como una posibilidad en el corto y mediano plazo, dado los compromisos generados con el Colegio Nacional de Nutricionistas y el ofrecimiento de la Dirección Regional de Salud de Ayacucho, siendo CHIRAPAQ quien luego hará un seguimiento para que ello tenga concreción.



Mesa de comentarios finales de la presentación del Módulo en Ayacucho. De Izquierda a derecha: Carmen Yon, investigadora del IEP, Eufemio Macedo, Vice Decano del Consejo Nacional de Nutricionistas del Perú; Tania Pariona, congresista; Gualberto Segovia, Director de la DIRESA de Ayacucho y Georgina Icochea, docente de la Escuela de enfermería de la UNSCH. Ayacucho, 13 de octubre de 2017.

-Proyecto de mejora “Fortaleciendo la Institucionalidad del Parto y la Salud Materna con Pertinencia Cultural y Enfoque de Derechos en la Red de Salud Churcampá”

-Política para la atención del parto y del recién nacido con enfoque intercultural en la red de salud de Churcampá: Elaborada con la asesoría de Salud sin Límites-Perú y el Instituto de Estudios Peruanos durante el segundo semestre de 2016, es la resultante de todas las actividades del proyecto de mejora que buscó fortalecer la institucionalidad del parto vertical con pertinencia intercultural desde un enfoque de derechos. El objetivo de esta política es establecer los protocolos, pautas y estrategias para la institucionalización de la atención del parto y del recién nacido desde un enfoque intercultural, de derechos y de género en los establecimientos de la Red de Salud de Churcampá. Comprende los siguientes instrumentos:

- Protocolos elaborados por el personal de salud en el marco del PM de Churcampá, Huancavelica.
 - Protocolo de atención inmediata del recién nacido normal en el parto normal con pertinencia intercultural
 - Protocolo de atención del parto vertical con pertinencia intercultural en el primer nivel de atención de salud
- Pautas metodológicas para capacitación en salud intercultural y pueblos indígenas
 - Marco teórico para capacitación en salud intercultural y pueblos indígenas
 - Metodología de capacitación en salud intercultural y derechos de pueblos indígenas
 - Metodología de capacitación en fortalecimiento de capacidades técnicas para la atención del parto vertical con pertinencia intercultural
- Perfil de profesionales y servicios de salud del primer nivel de atención que brindan atención integral en la gestación, parto y puerperio con pertinencia intercultural
- Guía metodológica para reconocimiento y la capacitación en vigilancia ciudadana de los servicios de salud del primer nivel de atención con pertinencia de la provincia de Churcampá
- Materiales audiovisuales de información

Su importancia radica, en primer lugar, en que provee un conjunto de herramientas concretas e innovadoras de gestión, capacitación, procedimiento normativo (protocolos), de vigilancia y difusión ciudadana que facilitan la transferencia y sostenibilidad de la puesta en práctica de la perspectiva intercultural en la atención del parto, ya que estos no existían aun en una red de salud considerada modelo en la atención del parto vertical con pertinencia intercultural. En segundo lugar, esta política amplía el ámbito de la salud intercultural a la atención del recién nacido. Esto último enfrenta un aspecto crítico de acuerdo a lo observado en nuestro estudio, ya que había un contraste particularmente perjudicial en dos áreas de la atención de la salud muy

vinculadas que además de vulnerar los derechos de las usuarias, generaba conflictos entre el personal de salud (obstetras versus enfermeras/os).

En tercer lugar, el proceso se desarrolló desde un inicio con la participación activa del personal de salud local desde un inicio y la fluidez del proceso se vio favorecido por el trabajo que ha desarrollado Salud sin Límites años atrás en la zona. Participaron personal de la Unidad Operativa de la Red de Salud Churcampa y el personal de los establecimientos de salud de Churcampa, Paucarbamba y Anco. Aunque en menor medida, se contó también con el apoyo de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) de Huancavelica, como de promotores/as comunitarios, parteras/os, representantes de organizaciones comunitarias otros actores/as de la sociedad civil de Churcampa. Esta participación activa no significó solo la elaboración de instrumentos, como los protocolos, sino que el personal de salud participó de los talleres de capacitación y asumió compromisos en la mejora de los servicios de salud en términos de su pertinencia cultural de acuerdo a los perfiles de servicio elaborados (ver Anexo 5.4.C), así como se realizaron reuniones de intercambio de conocimientos con parteras. Cabe indicar, que el punto más débil de toda esta propuesta es la dificultad para incorporar de manera más horizontal activa a las parteras, reconociendo como su especialidad y rol, pues esto no se haya contemplado en la norma técnica nacional sobre atención del parto con pertinencia intercultural, donde no se contempla en papel de las parteras en el sistema de salud oficial pese a que se recupera sus prácticas y conocimientos en la atención del parto.

Una vez concluido el proyecto de mejora, se hizo entrega formal a la Red de Salud de Churcampa de esta política con el compromiso de ponerla en práctica. Al evento asistieron también parteras e integrantes de organizaciones de la sociedad civil que enfatizaron la necesidad de mejorar el trato y respeto de sus derechos como usuarias/os de los servicios de salud.

- Material audiovisual sobre pertinencia cultural que tiene como eje central una perspectiva de derechos: Cartilla “Para garantizar el derecho a la salud de las gestantes desde un enfoque intercultural” y *spots* radiales en quechua y castellano sobre los vínculos entre la interculturalidad y los derechos de las mujeres gestantes en los servicios de salud. Este material enfatiza en una perspectiva de derechos, que encontramos ausente tanto entre prestadores como las usuarias de los servicios de atención del parto con adecuación intercultural. Por ello, se ha diseñado el folleto, principalmente dirigido a los prestadores de salud, mientras los *spots* transmitidos en radios locales, están dirigidos a la población, especialmente a mujeres gestantes y sus esposos, recalando sus derechos como usuarias/os de los servicios de salud.

Investigación usada para influenciar e informar políticas: Tanto las investigaciones como innovaciones listadas sirvieron para influenciar e informar políticas. Podemos decir que de manera concreta se ha influenciado dos políticas e informado cuatro procesos de debate, así como se ha influido directamente en la reposición de la Dirección de Salud de los Pueblos Indígenas del MINSA.

Se ha influenciado la **Política Sectorial de Salud Intercultural del MINSA DS 016-2016-SA**, la que se promulgó en abril de 2016 luego de acción de amparo de las organizaciones indígenas que participaron de la consulta previa y de la Defensoría del Pueblo. Nuestras investigaciones informan el contenido de la política en sus cuatro ejes

de acción (calidad de atención, enfoque de género y derechos; revalorización de la medicina indígena y su articulación con la medicina convencional; formación de recursos humanos en salud intercultural y participación de organizaciones indígenas en diagnósticos y evaluaciones), así como sirvieron para sustentar en el debate previo a su promulgación, la importancia de que esto se haga prontamente. En el siguiente link una nota de la presentación que tuvimos en Amazona previa a su promulgación.

<https://www.servindi.org/actualidad-noticias/16/03/2016/practica-intercultural-mejora-calidad-de-salud-en-comunidades>



El PM de Churcampa permitió fortalecer el proceso de institucionalización del parto vertical y del recién nacido con salud intercultural en la red de salud de esta provincia, para lo cual se han propuesto una serie de mecanismos normativos e institucionales que aseguren procesos de transferencia al personal nuevo, así como actividades que buscan fortalecer el apoyo social y de los prestadores de salud. Estos procesos están contenidos en **La Política para la atención del parto y del recién nacido con enfoque intercultural en la Red de Salud de Churcampa**, elaborada con el propio personal de salud y entregada a la citada Red. Dos instrumentos fundamentales para su implementación fueron aprobados formalmente en abril de 2017:

- El Protocolo de atención del parto vertical con pertinencia intercultural en el primer nivel de atención de salud, aprobado por R.D. N°019/2017/GOB.REG.HVCA/GSRCH-UORSCH. Aprueba: Elmer Saravia, Red de Salud Churcampa, Huancavelica, Perú, 27 abril 2017.
- El Protocolo de atención del recién nacido con pertinencia intercultural en el primer nivel de atención de salud, aprobado por R.D. N°020/2017/GOB.REG.HVCA/GSRCH-UORSCH aprueba. Aprueba: Elmer Saravia, Red de Salud Churcampa, Huancavelica, Perú, 27 abril 2017.

Los resultados de nuestros estudios sobre la formación de enfermeros técnicos indígenas en salud intercultural en los proyectos de AIDSESP han informado **procesos de discusión y elaboración de propuestas del sector salud en el tema de formación de recursos humanos en salud intercultural y atención de la salud de pueblos**

indígenas. Así acudimos a dar opinión y presentar resultados de nuestros estudios en la Reunión técnica para recoger aportes y observaciones al Programa de Formación en Salud Intercultural para Recursos Humanos del MINSA (Lima, 7 de octubre de 2015) y en la Reunión Nacional “Fortalecimiento de la atención de salud de los pueblos indígenas” convocada por la Dirección de Pueblos Indígenas del MINSA (Huacho, 22-23 de mayo de 2017).

También presentamos los resultados de nuestro estudio *Los retos para enfrentar la desnutrición infantil “Saber y no poder”* en una reunión técnica solicitada por el Centro Nacional de Salud Intercultural para informar sus investigaciones y recomendaciones de política en esta materia (Lima, 10 de febrero de 2017). Este mismo estudio también sirvió de insumo para una reunión solicitada por la Dirección General de Seguimiento y Evaluación del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) para informar sus programas en el tema de desnutrición crónica infantil y anemia, así como las acciones del Fondo de Estímulo al Desempeño vinculadas a este tema (11 de mayo de 2017).

La presentación del Módulo Intercultural de Educación Alimentaria desarrollado a partir de nuestros estudios en Vilcas Huamán, generó opiniones favorables de funcionarias de nivel nacional del Ministerio de Salud y del MIDIS en Lima (Seminario organizado por el IEP y CHIRAPAQ, 19 de Sept. 2017) y compromisos concretos de la Dirección Regional de Salud en Ayacucho para su implementación (presentación organizada por el IEP y CHIRAPAQ, 13 de octubre de 2017). Este módulo informa la actual política para enfrentar la desnutrición y la anemia infantil, ofreciendo una perspectiva y metodología adecuadas para enfrentar problemas nutricionales en zonas rurales andinas que se sustenta en nuestros estudios.

Finalmente, los resultados de nuestros estudios y acción concertada con las organizaciones indígenas y otras organizaciones de la sociedad civil permitieron la reposición de la Dirección de Pueblos Indígenas del MINSA, que fue eliminada temporalmente por este gobierno (creada durante el gobierno del presidente Humala en el 2016). Aquí una nota periodística donde se recogen las declaraciones de Carmen Yon, coordinadora del estudio del IEP sobre salud de los pueblos indígenas, sobre este tema: https://elpais.com/internacional/2017/03/20/america/1489966705_506251.html

Diseminación de resultados de nuestros estudios en los siguientes meses

En la actualidad, nos encontramos realizando la edición definitiva de los artículos que fueron discutidos en las tres sesiones del seminario final del proyecto, los que se publicarán prontamente en el libro: *Salud de los Pueblos Indígenas, Desigualdades Sociales e Interculturalidad*. En este texto se incluyen tanto los resultados del proyecto como de otras investigaciones presentadas en el seminario vinculadas a nuestros temas de estudio. El Fondo Editorial del IEP se encargará del proceso de su edición, publicación, presentación y difusión, lo que se realizará en estrecha coordinación con la investigadora principal del proyecto, Carmen Yon. Se prevé que el proceso concluirá durante el primer semestre de 2018.

Así mismo, a inicios del siguiente año se editarán algunos fragmentos de los videos filmados durante el seminario final del proyecto y la presentación realizada en Ayacucho del Módulo educativo para su difusión en la página y FB institucional del IEP.

VIII. PROBLEMAS Y RETOS

El proyecto enfrentó tres tipos de retos importantes, los que se superaron a lo largo del proyecto sin que ello afecte el logro de los objetivos propuestos, para lo que algunas dinámicas de trabajo y actividades planteadas tuvieron que modificarse, como ya se informó en anteriores reportes. Aludimos también a algunos retos futuros que hemos analizado en reuniones de autoevaluación con las instituciones contrapartes.

La necesidad de adaptar plazos, estrategias de trabajo y recursos para trabajar con contrapartes: El inicio de las actividades de trabajo de campo se tuvo que retrasar por tres meses debido a factores climáticos, acceso y otros que dificultaron visitar las zonas de estudio, lo que hizo que también tuviéramos que reprogramar el resto de actividades del proyecto. Luego, tuvimos que enfrentar la demora del inicio de las actividades de difusión e implementación de los proyectos de mejora debido al ritmo de trabajo de nuestras contrapartes, con quienes es nuestro compromiso coordinar e intercambiar aportes. Todo ello hizo que solicitemos una prórroga del fin del proyecto para el 20 de octubre de 2017 (estaba programado para culminar en abril de 2017). El retraso en las actividades ha sido un tiempo aprovechado para trabajar con nuestras contrapartes y desarrollar un trabajo colaborativo con diversos actores clave en Lima y las regiones del estudio participando en reuniones de discusión y brindando opinión especializada (p.ej. comisionadas de la Defensoría del Pueblo encargados de Pueblos Indígenas y Salud, especialistas en temas de salud del Viceministerio de Interculturalidad y funcionarios del Ministerio de Salud, además de informantes clave de ONG especialistas de universidades y la cooperación internacional), lo que ha facilitado lograr acuerdos durante los proyectos de mejora.

La relación con las organizaciones contrapartes, merece una especial reflexión. En el caso de las organizaciones indígenas, CHIRAPAQ y AIDASEP, ha sido muy constructiva y productiva, como se ha expresado en las reuniones de autoevaluación y sus expresiones públicas en los eventos realizados (grabaciones de video o audio disponibles a solicitud). Esto se debe a que los estudios del IEP han ayudado a visibilizar y revalorar, mediante evidencias (escritas y audiovisuales), el trabajo de las organizaciones indígenas en materia de salud indígena y salud intercultural. Así mismo, los espacios de encuentro promovidos por nuestro proyecto, entre nuestras organizaciones contrapartes y decisores de instituciones del Estado, investigadores, especialistas de ONG y de la cooperación internacional, han sido una oportunidad para que las organizaciones indígenas mencionadas amplíen sus redes de apoyo e intercambio. Sin embargo, este trabajo ha demandado más tiempo que el programado, debido a que las organizaciones indígenas contrapartes no disponen de personal que pueda dedicarse tiempo suficiente a las actividades de nuestro proyecto, pues su equipo es reducido y se encarga de varias responsabilidades a la vez. Con base en la experiencia de la primera fase (dedicada a la investigación), previmos que la segunda fase de los proyectos de mejora se desarrollaría con éxito en cuanto a los objetivos y productos esperados, siempre que se mantenga la misma inversión en recursos humanos por parte del IEP para el seguimiento o co-ejecución de proyectos de mejora y se reprogramen las actividades con plazos más realistas, razón por la que se solicitó la extensión del proyecto por seis meses más y se tuvo que reducir el número de consultores externos.

Es en este contexto, que tuvimos que cambiar de estrategia de trabajo, ya que inicialmente los proyectos de mejora estarían en manos principalmente de las contrapartes, pero en el caso de las organizaciones indígenas CHIRAPAQ y AIDSESP, las investigadoras del IEP tuvimos que desempeñar el papel de asesoras y monitoras permanentes, así como de coejecutoras en las actividades de los proyectos de mejora. Solo se buscó apoyo de consultores o expertos externos en aspectos muy específicos. La ventaja de seguir con el mismo equipo de investigadoras del IEP es que al estar familiarizadas con los resultados del estudio y dinámicas de trabajo con las contrapartes, esto efectivamente, ahorró tiempo y recursos en la ejecución de actividades restantes.

Una lección aprendida de esta experiencia, es que las organizaciones indígenas, para visibilizar y fortalecer su trabajo, necesitan contar con mayores recursos para la investigación y el acompañamiento en temas que son tan cruciales para los pueblos indígenas, como es el de salud y sus determinantes sociales.

Un reto que plantea esta experiencia es la posibilidad de que las organizaciones indígenas puedan aprovechar las oportunidades abiertas o fortalecidas por nuestro proyecto para seguir aportando en el tema de salud indígena y salud intercultural. En el caso de CHIRAPAQ, debido a que tienen en marcha un programa de Seguridad y soberanía alimentaria para combatir la desnutrición anemia, con un equipo mínimo a nivel nacional y local (Ayacucho), podemos prever que lo aportado por el proyecto del IEP, seguirá mejorando su trabajo y ampliando su impacto. Esto se hará de manera concreta a partir de la implementación del módulo educativo intercultural en alimentación y nutrición (anteriormente no tenían una propuesta sistematizada y con base en investigaciones locales) en sus proyectos en marcha, así como mediante la ampliación de las relaciones de colaboración que ha facilitado y fortalecido nuestro proyecto a nivel de autoridades de la Dirección Regional de Salud (DIRESA), la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga (Ayacucho), así como el Colegio Nacional de Nutricionistas del Perú, quienes se han manifestado de manera favorable respecto al módulo educativo y a la ampliación de su uso. Concretamente el director de la DIRESA de Ayacucho se comprometió a implementar el módulo que hemos elaborado en su región.

En el caso de AIDSESP, si bien se reconoce que el proyecto ha revalorado y difundido su labor en la formación del personal de salud desde un enfoque intercultural, se señala como una dificultad para continuar trabajando en este tema, que su Programa de Salud Indígena no cuenta actualmente con un financiamiento, por lo que no pueden pagar a un recurso humano especialista en el tema, lo que limita las posibilidades de los dirigentes indígenas de darle continuidad. Se ve como una oportunidad las alianzas que han surgido en el proceso del desarrollo de nuestro proyecto, como la que se ha firmado ya con Salud sin Límites, y las posibilidades de las investigadoras del IEP de continuar asesorándoles puntualmente en la elaboración de proyectos de salud. Otra oportunidad es el contacto tomado con la Universidad de Avellaneda de Argentina, que se hizo presente a través de su representante en nuestro último seminario de difusión de resultados. Finalmente, una oportunidad muy concreta es la Asociación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural que surge en el marco de nuestro proyecto y al término del mismo, se encontraba formalizando su situación. Esta reciente asociación se ve, por parte de AIDSESP y sus asesoras, como una instancia movilizadora que podría desarrollar intervenciones específicas de fortalecimiento de la salud intercultural indígena, sí como colocar el tema de la salud en la agenda de las organizaciones

indígenas local y regionalmente. Los integrantes de la propia asociación consideran que podrían fortalecerse mutuamente con AIDESEP en el desarrollo de proyectos de salud indígena y salud intercultural.

Cambios de autoridades y debilidad de instituciones públicas para incorporar cambios:

Una limitación que encontramos con la contraparte estatal de nuestros estudios, la Red de Salud de Churcampa, revela un problema común respecto a otras instancias estatales para incorporar de manera sostenible cambios en cuanto a la implementación concreta de enfoques que favorecen los derechos de los pueblos indígenas, la salud intercultural y la equidad de género en las políticas de salud. Ello, pese a que el Estado Peruano es signatario de acuerdos internacionales que los avalan. En este caso, debido a cambios importantes en las autoridades que lideraban la Red de Salud de Churcampa y la Dirección Regional de Salud de Huancavelica, en el momento de culminar la fase de la investigación, decidimos optar por tener como contraparte a una ONG que ha trabajado en la zona, Salud sin Límites-Perú (SSLP) y ha sido parte del Consorcio que desarrolló la experiencia de salud intercultural en la zona. La razón de esta propuesta es que durante la investigación se observó que los cambios de autoridades de la red de salud y gobierno regional le dan poca estabilidad a los acuerdos que se toman con otras instituciones. Así mismo, se buscó prever posibles dificultades en la gestión de recursos económicos, siendo un antecedente el informe de supervisión de la Defensoría del Pueblo (2013) respecto a la ejecución del presupuesto regional destinado al seguro integral de salud.

En este sentido, el proyecto de mejora de Churcampa, precisamente buscó contar con instrumentos específicos que fortalezcan la institucionalización del parto con pertinencia intercultural en la red de salud, así como que involucrara a la sociedad civil y al conjunto de la población para que pudiera conocer y demandar sus derechos en salud. El trabajo del IEP realizado conjuntamente con SSLP, ha sido una oportunidad para hacer partícipes a los propios prestadores de salud locales en la implementación y desarrollo de estos instrumentos que favorezcan la sostenibilidad de los procesos de implementación de la interculturalidad en el parto, por los que incluso previamente han sido premiados y por los cuales, se han convertido en centro de pasantía. Otro logro del proyecto que contrarresta la situación de vulnerabilidad de la interculturalidad en Churcampa, es que se amplíe y protocolice su implementación en la atención de los recién nacidos, con lo cual se amplía el número y competencia de los trabajadores de los establecimientos de salud comprometidos con la interculturalidad. Mientras en el nivel nacional no se toman las medidas necesarias, como incluir la interculturalidad en los indicadores del presupuesto por resultados, o las universidades no incluyan este enfoque en la formación del personal de salud, las oportunidades que vemos viables son las que se están fortaleciendo a nivel regional. En este caso, el personal de Churcampa se encuentra ahora más fortalecido de manera interna (pautas para capacitación, protocolos y otras herramientas) y se siente mejor preparado para responder a las expectativas de pasantes, cooperación internacional, investigadores/as y algunas autoridades del Ministerio de Salud o de Cultura. Esto tiene como un pilar de apoyo el trabajo que SSLP continúa haciendo en Huancavelica tanto para fortalecer la interculturalidad en el sector salud como para promover el intercambio de conocimientos con especialistas indígenas de salud.

Pérdida del tipo de cambio: Finalmente, el proyecto ha tenido que enfrentar una pérdida significativa de aproximadamente 17 mil soles hasta la fecha debido al tipo de cambio, razón por la que, para no afectar los objetivos del proyecto, se han tenido que hacer algunos ahorros en las áreas de contratación de expertos, publicaciones y viajes internacionales.

VIII. REFLEXIONES Y RECOMENDACIONES EN ASPECTOS DE LA GESTIÓN DEL PROYECTO (EN RELACIÓN AL IDRC)

Durante todo el proyecto hemos tenido apoyo y consejo de las oficiales del IDRC contrapartes. Fue particularmente útil las veces que hemos podido contar con su visita en persona para intercambiar puntos de vista sobre formas de adaptar nuestras estrategias y actividades, especialmente en lo que corresponde a la segunda fase del proyecto, que implicó pensar cada proyecto de mejora tanto respecto a sus objetivos en conexión con la investigación respectiva, como en lo que se refiere a las características de cada institución para (co) gestionar estos proyectos de mejora.

Respecto a las recomendaciones, consideramos que es importante seguir manteniendo este acompañamiento virtual y presencial cuando sea posible, y especialmente, la capacidad de manejar con flexibilidad los posibles cambios que sean necesarios respecto a los planes originales. Así mismo, seguir manteniendo la capacidad de escucha a las/os investigadoras/es locales, que consideramos una gran virtud de nuestras contrapartes.

Lo que podría mejorar es una mayor fluidez en algunas de las gestiones administrativas como la firma de adendas o los desembolsos de fondos, una vez que se han presentado todos los informes respectivos. Hubo una demora inusual en el desembolso de la tercera remesa, lo que felizmente fue resuelto por un préstamo que hizo el IEP al proyecto para evitar el retraso de las actividades.

Referencias bibliográficas

- Anderson, Jeanine. 2001. *Tendiendo puentes: Calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y de los proveedores de los servicios de salud*. Lima: Movimiento Manuela Ramos.
- Anderson, Jeanine et. al. 1999. *Mujeres de negro. Estudio de casos de la muerte materna en zonas rurales del Perú*. Lima: MINSA.
- Baer, Hans, Merryll Singer e Ida Susser. 2003. *Medical Anthropology and the World System*. Westport, CT: Praeger.
- Bant, Astrid .1999. “La política del suicidio: El caso de las mujeres Aguaruna en la Amazonía Peruana”. En: Maria Heise et al. *Relaciones de género en la Amazonía peruana*. Lima: CAAAP, 121-148 pp.
- Bant, Astrid y Angélica Motta. 2001. *Género y salud reproductiva: escuchando a las mujeres de San Martín y Ucayali*. Lima: Movimiento Manuela Ramos.
- Carrasco Reyes, Ella. 1997. *Nadie sabe lo que pasa en mi casa, yo no más conozco mi pena*. Lima: Movimiento Manuela Ramos.
- Cárdenas, Clara.1999. “Conocimientos y prácticas médicas tradicionales de la población colona asentada en la carretera Puerto Maldonado – Mazuko”. *Amazonia Perú* 1999; 26: 157-210.
- Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B. and A. Kleinman, Eds. 1995. *World Mental Health: Problems, Priorities, and Policies in Low-Income Countries*. New York: Oxford University Press.
- Dierna, Rosa et. al. 1999. *Salvarse con bien. El parto de la vida en los Andes y la Amazonía del Perú: técnicas tradicionales de atención del parto y del recién nacido*. Lima: MINSA – Proyecto 2000.
- Defensoría del Pueblo. 2008. *Informe Defensorial 138: Derecho a una Maternidad Segura: Supervisión Nacional a los Servicios de Ginecología y Obstetricia del MINSA*.
- Farmer, Paul. 1997. “On suffering and structural violence: a view from below”. En: Kleinman, Arthur, Veena Das y Margaret Lock, compiladores. *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press, pp. 261-283.
- Farmer, Paul. 1999. *Infections and inequalities. The modern plagues*. Berkeley: University of California Press.
- Fuller, Norma. 2009. *Relaciones de Género en la sociedad Awajún*. Lima: Care Perú.
- Guevara Arce, Margarita y Molinero Nano, Vannety. 2007. Diagnóstico sobre percepciones culturales y prácticas comunicacionales en relación al VIH/SIDA y a la transmisión vertical en la red de salud de Condorcanqui – Amazonas. Lima: CEPESJU, UNICEF.
- Good, Byron. 1994. *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological. Perspective*. Cambridge: Cambridge.
- Hvalkof, Soren (editor). 2003. *Sueños amazónicos: un programa de salud indígena en la selva peruana*. Copenhagen: NORDECO.

Kleinman, Arthur. 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley:University of California Press.

MINSA. Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional Salud de los Pueblos Indígenas 2010 – 2012. Disponible en:

http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/7/jer/censi_estr_plan/Plan%20General%20de%20ls%20Estrategia%202010-2012.pdf .Consultado el 15 de noviembre 2012.

MINSA.2004. RM No.771-2004/MINSA del 27 de Julio 2004. Disponible en:

<http://www.minsa.gob.pe/ogdn/esp/pdf/RM771-2004.pdf> . Consultado el 15 de noviembre 2012.

MINSA y UNFPA.2009.Una aproximación cualitativa a la prevención del VIH-Sida en dos comunidades nativas de Ucayali. Lima, IES.

Montes, Yanina. 2010. Canasta básica de alimentos de la provincia de Vilcashuaman, Ayacucho. Promoción de la Soberanía Alimentaria y el Desarrollo Sostenible en Comunidades Quechuas de Vilacshuaman. Chirapaq.

Nureña,César. 2009. “Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical”. Revista Panamericana de Salud Pública 26: 4, p. 368–376.

OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2012. “Estado de salud y nutrición de los niños menores de 5 años pertenecientes a las poblaciones indígenas y no indígenas de Bagua y Condorcanqui en la región Amazonas 2012”. Informe Técnico.

Paredes, Susel. 2005. *Invisibles entre sus árboles: derechos humanos de las mujeres indígenas amazónica en el Perú: el caso de las aguarunas, asháninkas y shipibas*. Lima, Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.

Ramírez, Susana. 2011. *Salud intercultural. Crítica y problematización a partir del contexto boliviano*. La Paz: ISEAT.

Rivera, Tarcila.2004. *La política alimentaria y nutricional desde la perspectiva de las mujeres indígenas*. Lima: Chirapaq.

Rodríguez, Vilma.2008. Informe Ejecutivo presentado ante el Relator Especial de las Naciones Unidas a través de la Mesa de Interculturalidad y Pueblos Originarios del Congreso de la República, que se realizó el 6 de octubre de 2008.

Yon, Carmen. 2000. *Hablan las mujeres andinas: preferencias reproductivas y anticoncepción*. Lima: Movimiento Manuela Ramos.

ANEXOS

ANEXO 1

Anexo Reporte Técnico en formato solicitado por el IDRC

Proyecto: SALUD INDÍGENA, INEQUIDADES SOCIALES E INTERCULTURALIDAD: INVESTIGACIÓN Y EVALUACIÓN CRÍTICA DE INTERVENCIONES IMPLEMENTADAS EN EL PERÚ. Subvención No. 107433-001.

Resultados de monitoreo:

Por favor proporcione respuestas cuantitativas y cualitativas basadas en los logros actuales (en lugar de los objetivos) sobre todas las preguntas relevantes que se describen a continuación.

¿Cuántas innovaciones⁹ han sido identificadas, probadas o adaptadas¹⁰ para llevar a escala dentro de sus proyectos? _7_

Por favor describa:

Podemos contar siete (7) innovaciones, las que se enmarcan en cada uno de nuestros proyectos de mejora y están estrechamente ligados a las investigaciones realizadas y las articulaciones establecidas con actores estatales y de la sociedad civil durante las dos fases de nuestro proyecto:

Dos de ellas, el Encuentro y la Asociación de enfermeros técnicos en salud intercultural, que se realizaron en el proyecto de mejora de AIDSESEP, son innovaciones de carácter organizacional que facilitan intercambio y el fortalecimiento de personal de salud formado en salud intercultural.

Otras dos, la Ordenanza regional que favorece la contratación de personal con formación en salud intercultural y que hable la lengua materna de la población (PM de AIDSESEP) y la Política para la atención del parto y del recién nacido con enfoque intercultural en la red de salud de Churcampa (PM Churcampa), son instrumentos de política que favorecen la salud intercultural en ámbitos regionales y locales.

Finalmente, tres iniciativas: el Módulo de Educación Alimentaria Intercultural para mejorar la nutrición de niños, niñas y mujeres en zonas andinas (PM de CHIRAPAQ), así como la cartilla y los spots radiales sobre el derecho a la salud de las gestantes desde

⁹ Innovaciones son definidas como tecnologías, métodos, prácticas y recomendaciones que abordan problemas/cuestiones específicas o al menos permiten el camino para tomar ventaja de nuevas oportunidades. Innovaciones pueden ser entendidas como alternativas, nuevas formas de hacer u organizar algo e incluir la adaptación o adopción de productos y procesos existentes a nuevos contextos. Innovación también abarca los instrumentos de política, medidas de organización y alternativas institucionales.

¹⁰Una adaptación de una innovación puede ser definida como el proceso de ajuste de una innovación de modo que sea más adecuada y pertinente a las necesidades de las personas, contextos, países o mercados. La adaptación se requiere a menudo para aumentar el alcance, la amplitud y el alcance de los cambios, beneficios y soluciones que traen innovaciones a las personas.

un enfoque intercultural (PM de Churcampa), son innovaciones educativas para promover procesos de información y educación desde una perspectiva intercultural y de derechos que buscan generar, regional y localmente, procesos reflexivos y de ciudadanía acorde con los marcos normativos nacionales existentes. Estos últimos, si bien son favorables a la interculturalidad (p. ej. Normas Técnicas para la atención del parto desde una perspectiva intercultural y Política sectorial de Salud Intercultural), no han logrado concreción desde una perspectiva de derechos en los ámbitos estudiados. El material ofrecido ha buscado responder a contextos culturales específicos y ofrece una perspectiva que busca fortalecer metodologías y enfoque que reconozcan la diversidad cultural y los derechos en salud de los pueblos indígenas y originarios. Ver los detalles de estas innovaciones en el reporte final del proyecto.

¿Fue esta investigación usada para influenciar e informar políticas? X Si ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuantos procesos de políticas y debates influenciaron su proyecto? 8

Por favor describa:

Tanto las investigaciones como innovaciones listadas sirvieron para influenciar e informar políticas. Podemos decir que de manera concreta se ha influenciado dos políticas e informado cinco procesos de debate, así como se ha influido directamente en la reposición de la Dirección de Salud de los Pueblos Indígenas del MINSA.

Se ha influenciado la **Política Sectorial de Salud Intercultural del MINSADS 016-206 -SA**, la que se promulgó en abril de 2016 luego de acción de amparo de las organizaciones indígenas que participaron de la consulta previa y de la Defensoría del Pueblo. Nuestras investigaciones informan el contenido de la política en sus cuatro ejes de acción (calidad de atención, enfoque de género y derechos; revalorización de la medicina indígena y su articulación con la medicina convencional; formación de recursos humanos en salud intercultural y participación de organizaciones indígenas en diagnósticos y evaluaciones de salud), así como sirvieron para sustentar en el debate previo a su promulgación, la importancia de que esto se haga prontamente.

El PM de Churcampa permitió fortalecer el proceso de institucionalización del parto vertical y del recién nacido con salud intercultural en la red de salud de esta provincia, para lo cual se han propuesto una serie de mecanismos normativos e institucionales que aseguren procesos de transferencia al personal nuevo, así como actividades que buscan fortalecer el apoyo social y de los prestadores de salud. Estos procesos están contenidos en **La Política para la atención del parto y del recién nacido con enfoque intercultural en la Red de Salud de Churcampa**, elaborada con el propio personal de salud y participación de algunos representantes de la población, y entregada a la citada Red en julio de 2016. Dos instrumentos fundamentales para su implementación fueron aprobados formalmente en abril de 2017:

- El Protocolo de atención del parto vertical con pertinencia intercultural en el primer nivel de atención de salud, aprobado por R.D. N°019/2017/GOB.REG.HVCA/GSRCH-UORSCH. Aprueba: Elmer Saravia, Red de Salud Churcampa, Huancavelica, Perú, 27 abril 2017.
- El Protocolo de atención del recién nacido con pertinencia intercultural en el primer nivel de atención de salud, aprobado por R.D. N°020/2017/GOB.REG.HVCA/GSRCH-u0RSCH aprueba. Aprueba: Elmer Saravia, Red de Salud Churcampa, Huancavelica, Perú, 27 abril 2017.

Los resultados de nuestros estudios sobre **la formación de enfermeros técnicos indígenas en salud intercultural en los proyectos de AIDSEP** han informado **procesos de discusión y elaboración de propuestas del sector salud en el tema de formación de recursos humanos en salud intercultural y atención de la salud de pueblos indígenas**. Así acudimos a dar opinión y presentar resultados de nuestros estudios en la Reunión técnica para recoger aportes y observaciones al Programa de Formación en Salud Intercultural para Recursos Humanos del MINSA (Lima, 7 de octubre de 2015) y en la Reunión Nacional “Fortalecimiento de la atención de salud de los pueblos indígenas” convocada por la Dirección de Pueblos Indígenas del MINSA (Huacho, 22-23 de mayo de 2017).

También presentamos los resultados de nuestro estudio ***Los retos para enfrentar la desnutrición infantil “Saber y no poder”*** en una reunión técnica solicitada por el Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI) para informar sus investigaciones y recomendaciones de política en esta materia (Lima, 10 de febrero de 2017). Este mismo estudio también sirvió de insumo para una reunión solicitada por la Dirección General de Seguimiento y Evaluación del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) para informar sus programas en el tema de desnutrición crónica infantil y anemia, así como las acciones del Fondo de Estímulo al Desempeño vinculadas a este tema (Lima, 11 de mayo de 2017).

La presentación del Módulo Intercultural de Educación Alimentaria desarrollado a partir de nuestros estudios en Vilcas Huamán (Ayacucho), generó opiniones favorables de funcionarias de nivel nacional del Ministerio de Salud y del MIDIS en Lima (Seminario organizado por el IEP y CHIRAPAQ, 19 de Sept. 2017) y compromisos concretos de la Dirección Regional de Salud en Ayacucho para su implementación (presentación organizada por el IEP y CHIRAPAQ, 13 de Oct. 2017). Este módulo informa la actual política para enfrentar la desnutrición y la anemia infantil, ofreciendo una perspectiva y metodología adecuadas para enfrentar problemas nutricionales en zonas rurales andinas que se sustenta en nuestros estudios.

Finalmente, los resultados de nuestros estudios y acción concertada con las organizaciones indígenas y otras organizaciones de la sociedad civil permitieron la reposición de la Dirección de Pueblos Indígenas del MINSA, que fue eliminada temporalmente por el actual gobierno peruano (creada a fines del gobierno del presidente Humala en el 2016). Aquí una nota periodística donde se recogen las declaraciones de Carmen Yon, coordinadora del estudio del IEP sobre salud de los pueblos indígenas, sobre este tema:

https://elpais.com/internacional/2017/03/20/america/1489966705_506251.html

¿Se dedica su equipo de trabajo al diálogo sobre políticas y procesos de toma de decisiones? X ☒ Si ☐ No

Por favor describa:

Como se ha descrito en los dos puntos anteriores buscamos que nuestras investigaciones tengan eco en las políticas públicas y proceso de toma de decisiones sobre estas en materia de salud. De allí que hemos elaborado, conjuntamente con consultores externos y nuestras organizaciones asociadas, propuestas para dialogar con decisores de política tanto en el ámbito local (ej. caso Churcampa), como regional (caso CHIRAPAQ) y nacional (llevando lecciones aprendidas de nuestros tres estudios de caso en los foros

descritos y las presentaciones públicas de nuestros estudios listadas en el informe). Así mismo, somos convocadas por diversas instancias del Ministerio de Salud (CENSI, Recursos Humanos, Dirección de PPII), el Viceministerio de Interculturalidad y el Ministerio de Inclusión Social a dar opinión y presentar nuestras evidencias para debatirlas con ellos e informar sus procesos de debate sobre políticas y programas.

¿Algún miembro de su equipo de investigación y/o institución de investigación apoya comités asesores nacionales o globales?

☐ Si ☒ NoX *No se ha dado la oportunidad de tener un apoyo formal y permanente ya que el tema de nuestros estudios es aún incipiente en cuanto a su debate e institucionalidad.

En caso afirmativo, por favor proporcione el nombre del miembro del equipo y del comité asesor:

¿Cuántos estudiantes graduados (Programas de maestría y doctorado) ha apoyado su investigación?

Si es posible, por favor incluya los nombres de los estudiantes, institución y país al que pertenecen.

1. Número de estudiantes hombres graduados que han sido apoyados: # _____
2. Número de estudiantes mujeres graduadas que han sido apoyadas: # _____

No aplica

¿Cuántas personas fueron apoyadas/formadas para mejorar sus habilidades de liderazgo a través de su proyecto? # _____

Por favor incluya el porcentaje de mujeres y proporcione una explicación breve de su formación.

1. Para mejorar capacidades en el desarrollo de investigación? **13 (77% mujeres)**
2. Para mejorar el uso de resultados de investigación y de la evidencia en interacciones con líderes y tomadores de decisiones? **5 (100% mujeres)**

Si bien el proyecto no desarrolló una capacitación sistemática en los temas indicados, a lo largo del proyecto se desarrollaron una serie de capacidades de las investigadoras que participaron en diferentes procesos del proyecto, tanto en la fase de investigación y difusión de resultados, como en la de los proyectos de mejora.

Por parte de las investigadoras integrantes del equipo del IEP, se han potenciado **capacidades para la investigación interdisciplinaria y para vincular la investigación con las políticas públicas**. Contamos con tres investigadoras (Carmen Yon, Tamia Portugal y Claudia Chávez) que han estado de manera más permanente, y dos (Giovanna Fuentes y Carolina Goyzueta) que estuvieron por un periodo más breve para remplazar en sus labores a Claudia Chávez.

Por parte del equipo de campo, se contribuyó a desarrollar las **capacidades para realizar investigación etnográfica** de las dos (2) asistentes de campo que nos acompañaron por un periodo largo en Churcampa (Huancavelica) y Vilcas Huamán (Ayacucho): la antropóloga Edith Gonzáles y la obstetra Mariestela León, ambas bilingües, hablantes de quecha y castellano.

También ha sido un particular esfuerzo desarrollar capacidades de investigación en profesionales y técnicos locales bilingües y traductoras/es (Amazonas) que han apoyado en el recojo de información. Podemos contar en esta categoría a **seis** (6) personas que participaron de la encuesta en Amazonas: Zéfora Kakias, Emiliana Chanik, Hitler Ugkum, Hilder Petsa, Joy Flores y Mili Hinojosa. El equipo del IEP tuvo que partir de un nivel básico de capacitación, ya que, en Amazonas, la población que es nativa de la lengua awajún o wampis tiene menos oportunidades para desarrollar y formarse en labores de investigación tipo de labor. Entre estas capacidades que han requerido el seguimiento permanente de las investigadoras del IEP, están: escuchar sin juzgar o inducir respuestas a los entrevistados/as, no dar por sentadas las respuestas por el hecho de ser locales o compartir similar cultura, no buscar respuestas correctas sino recuperar lógicas propias de la población con la que se conversa y re-valorar el conocimiento que existe en la población indígena y de la cual queremos aprender.

¿Tiene algún miembro en su equipo que haya recibido alguna nominación o premio? ☐ Si ☒ No

En caso afirmativo, proporcione el nombre del miembro del equipo y la nominación/premio que haya recibido:

Por favor describa cómo su investigación ha contribuido para el desarrollo de resultados como los abajo descritos, en caso que aplique.

1. Mejorar la salud para todos¹¹
2. Mejorar la gobernabilidad para mejores políticas y servicios¹²

¹¹Como parte de su contribución general en los resultados de desarrollo global, el IDRC apoya investigación hacia una mejor salud para todo. A través del Centro, el trabajo de los programas del Centro busca soluciones para mejorar la salud en un contexto de pobreza generalizada. Esto incluye mejoramiento de la salud de las mujeres y niños y niñas, innovaciones para servicios de salud con mayor calidad y más accesibles, y el fortalecimiento de los sistemas de información en salud para una mejor rendición de cuentas. Esto conduce a sistemas de alimentación más saludable, acceso a alimentación más segura y nutritiva, así como la prevención de enfermedades crónicas e infecciosas emergentes. También promueve soluciones de sanidad animal incluyendo vacunas para el ganado, y la investigación social y económica sobre la política sanitaria.

¹²Como parte clave de esta contribución general para el desarrollo de resultados globales, el IDRC apoya la investigación hacia la mejora de la gobernabilidad. A través de los programas del Centro se está contribuyendo con mejores políticas, servicios y toma de decisiones basadas en la evidencia que contribuyan con una gobernabilidad incluyente y basada en los derechos. Esto conduce a instituciones más fuertes y con más decisiones participativas en torno a los procesos de adaptación al cambio climático. También, apoya la toma de decisiones informadas en el sector de los servicios de salud, los sistemas de gobernabilidad transparentes y rendición de cuentas en el gobierno, a través de la liberación de las restricciones en los datos. Conduce a una mejor prestación de servicios públicos, y políticas informadas sobre la regulación y el uso de los recursos hacia la innovación.

3. Fortalecimiento de la generación y uso del conocimiento¹³
4. Promover la equidad de género¹⁴

Mejorar la salud para todos: Nuestro proyecto contribuye a mejorar la salud de los pueblos indígenas de la Amazonía y del Ande, que son una de las poblaciones con indicadores de salud más desfavorables en el Perú (como en otros lugares del mundo). Los estudios (y las recomendaciones que se desprenden de estas) y las innovaciones desarrolladas en los proyectos de mejora descritas en el informe, buscan abordar aspectos de la calidad de atención de los servicios estatales de salud desde la propia perspectiva de usuarias y usuarios indígenas. Se dan recomendaciones para mejorar la calidad de atención de estos servicios, incluyendo aspectos de su capacidad resolutoria y pertinencia cultural. Sobre este último punto se han elaborado innovaciones específicas como la política para institucionalizar la atención del parto y recién nacido con pertinencia cultural en Churcampá (Huancavelica) y se ha buscado fortalecer a los enfermeros técnicos indígenas formados en salud intercultural mediante innovaciones organizativas (Encuentro de intercambio de experiencias y Asociación) y medidas normativas (Ordenanza regional).

Las intervenciones de salud estudiadas llaman la atención sobre los limitados impactos de las políticas para enfrentar la desnutrición crónica infantil que no logran trascender el énfasis en el papel del sector salud y las madres de familia, cuando no se abordan de modo serio otros determinantes sociales como la seguridad alimentaria, el acceso a agua segura y saneamiento y la sobrecarga del trabajo de las mujeres, todos ellos expresiones de las inequidades sociales, que son otro eje importante en nuestros estudios.

Mejorar la gobernabilidad para mejores políticas y servicios: Los estudios realizados dan cuenta del divorcio que existe entre el enfoque de derechos y lo que se ha avanzado desde las políticas estatales en salud intercultural y salud indígena. A partir de nuestras investigaciones se han generado innovaciones y presentando recomendaciones específicas para la inclusión en salud de los pueblos indígenas mediante políticas que respeten sus derechos, sistemas de salud y cultura. Estas han sido

¹³Como parte clave de esta contribución general en los resultados globales de desarrollo, el IDRC apoya investigación que fortalezca la generación y uso de evidencia. A través de los programas del Centro se genera evidencia, conocimiento e innovación para los retos del desarrollo. Modelos de innovación tales como la colaboración para promover un consorcio de investigación, de creación de redes, de intercambio de conocimientos y utilización de la investigación. Instituciones fortalecidas proporcionan la evidencia para un mejor diseño de políticas. El fortalecimiento de los consejos de concesión de la ciencia llevan a una mejor gestión del conocimiento, y el aumento de la producción de la investigación corresponde a los retos y necesidades locales. También, la movilización de evidencia permite cambios en la política y una mejor planificación, así como tomadores de decisiones más empoderados.

¹⁴Como parte clave de esta contribución general en los resultados globales de desarrollo, el IDRC apoya investigación que permite la equidad de género. A través de los programas del Centro se explora como las mujeres y niñas pueden beneficiarse de intervenciones e investigaciones dirigidas. Esto incluye el empoderamiento de mujeres y niñas para prevenir y superar la violencia basada en género y la violencia infantil, el matrimonio infantil y forzado. Mejora las oportunidades económicas de las mujeres, incluye soluciones en agricultura que mejoran el ingreso de las mujeres y el acceso a los mercados, y apoya iniciativas empresariales femeninas en intervenciones de base tecnológica. Esto ayuda a asegurar que las mujeres y las niñas se beneficien tanto como los hombres de las estrategias de prevención de enfermedades. También, promueve el desarrollo de capacidades de las mujeres investigadoras y genera comprensión de las dimensiones de género dentro del desempeño organizacional.

discutidas con interlocutores de diferentes instancias del gobierno en el sector salud, de cultura, de inclusión social, y de la defensoría del pueblo. Como ya se ha referido en el informe y demostrado líneas arriba, resultados de nuestros estudios han permitido desarrollar innovaciones e informar procesos de política en temas de salud intercultural y atención de la salud de los pueblos indígenas.

Fortalecimiento de la generación y uso del conocimiento: Los estudios realizados han generado evidencia sobre las intervenciones de salud indígena y salud intercultural “realmente existentes”, mostrando los contenidos concretos diversos que puede adquirir en la práctica el concepto de interculturalidad. Se muestran las limitaciones en el modo en que se está entiendo la interculturalidad en las políticas estatales de salud, las que por ser funcionales a las metas de cobertura dificultan relaciones dialógicas y el respeto de los derechos de las/os ciudadanas/os. Así mismo, nuestras investigaciones evidencian aportes críticos y más integrales de las organizaciones indígenas a la salud intercultural y la salud de los pueblos indígenas, como son la propuesta pedagógica de formación en salud intercultural de AIDSEP y la propuesta de CHIRAPAQ de soberanía y seguridad alimentaria con revalorización de cultivos y tecnologías ancestrales para enfrentar la desnutrición infantil y la anemia. Nuestros estudios han permitido sistematizar sus aportes, difundirlos y revalorarlos en audiencias de decisores de política e investigadores/as.

Promover la equidad de género: Nuestras investigaciones, recomendaciones y proyectos de mejora incluyeron el enfoque de género de manera transversal, tomando en cuenta tanto necesidades específicas de las mujeres, como los modos en que las intervenciones en salud dirigidas a pueblos indígenas, reproducen o no inequidades de género. Aquí destacamos dos situaciones evidenciadas en nuestros estudios que no se están tomando en cuenta en las intervenciones y políticas de salud dirigidas a disminuir la desnutrición crónica infantil (DCI) y la anemia. Un primer tema es la sobrecarga de trabajo de las mujeres rurales e indígenas, que suele ser no solo no tomada en cuenta sino, incrementada por las intervenciones de salud. Las mujeres se hacen cargo de múltiples tareas y responsabilidades en la esfera reproductiva y productiva, como el orden y limpieza del hogar, la preparación de los alimentos para toda la familia, las tareas en la chacra y el pastoreo de los animales. Esto se agrava con la migración estacional de los varones en busca de trabajo asalariado, razón por la que las mujeres tienen que ocuparse también de las actividades productivas que realizaban sus parejas e hijos. A ello se suman las actividades comunitarias y de los diversos programas para enfrentar la desnutrición (crianza de animales menores, biohuertos, controles y capacitaciones), que no estarían teniendo en cuenta las múltiples responsabilidades que ya tienen las mujeres. Cabe indicar, que si bien hay programas de ONG (como el de CHIRAPAQ) que insisten en involucrar a los hombres en las responsabilidades de cuidado de la salud de sus hijos, la realidad cotidiana es que son las mujeres, y especialmente las adultas, las que permanecen en la comunidad cuidando a los hijos, pues debido a las escasas oportunidades económicas y educativas de los hogares rurales, los hombres y jóvenes migran cada vez en mayor número a ciudades intermedias o para realizar trabajos estacionales en otros ámbitos rurales.

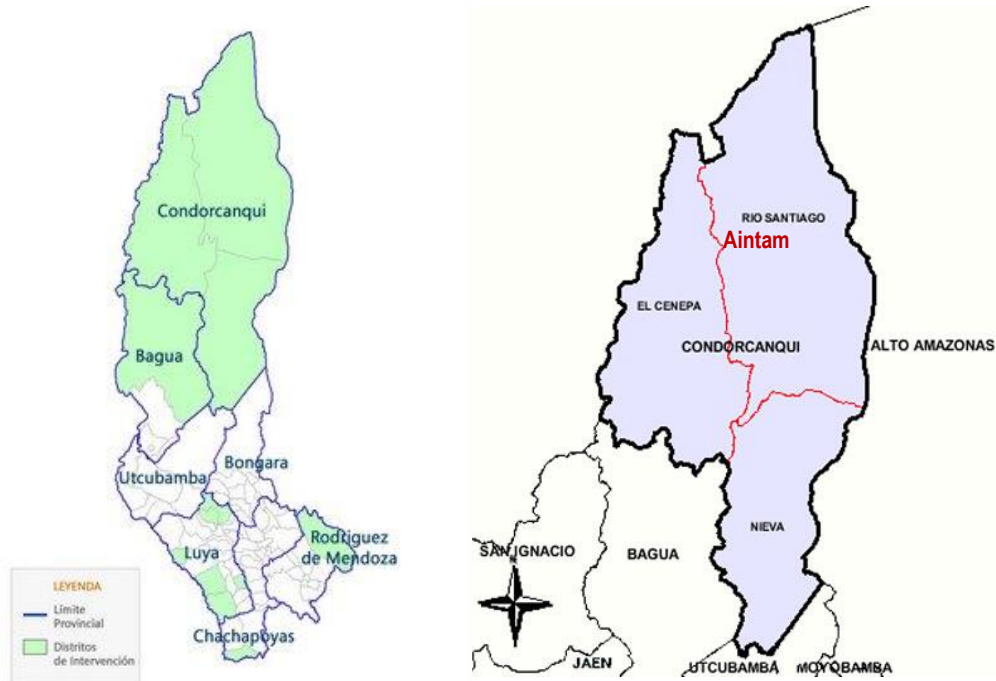
Un segundo tema, no menos importante, es la superposición de jerarquías de género y culturales que individualizan el problema de la DCI y colocan toda la responsabilidad en las madres pobres e indígenas, creando jerarquías entre ellas de acuerdo a sus posibilidades de cumplir con las pautas que se les da para mejorar la situación nutricional de sus hijos pequeños. Si bien es cierto que el control del desarrollo infantil

es necesario para monitorear la situación de salud de los niños/as, el modo en el que este se lleva a cabo convierte el pesar y tallar a los niños en una situación en la que las madres son constantemente juzgadas respecto a si están criando y cuidando “adecuadamente” a sus hijos o hijas. Esto sucede durante los controles del servicio de salud y la vigilancia comunitaria de la desnutrición crónica infantil (DCI), cuando las madres no son escuchadas sino resontradas o atemorizadas. Ello se agrava cuando las madres cuyos hijos tienen DCI son expuestas al escrutinio público y se les juzga ante las otras mujeres o autoridades de la comunidad de acuerdo al estado nutricional de sus hijos, generando competencias y temores entre las madres. Además de inadecuadas, estas estrategias de intervención reproducen jerarquías sociales y culturales (entre proveedores de salud y usuarias; la ciudad y el campo) y son injustas, pues se termina juzgando y estigmatizando a las madres por situaciones que están más allá de sus posibilidades de acción y llevan a sus hijos a la desnutrición (pobreza, seguridad alimentaria, saneamiento, entre otras). De allí que tanto en los foros de discusión nacionales como regionales, hemos insistido, con base en los resultados de nuestros estudios, en la necesidad de: a) des-individualizar los problemas nutricionales, cuestionando de manera crítica, como ello reproduce inequidades de género, genera nuevas formas de culpabilización y jerarquías de valor entre las mujeres (“buenas” y “malas” madres) y termina siendo ineficaz; y b) poner en práctica políticas multisectoriales que busquen mecanismos colectivos o de otra naturaleza para mejorar el acceso de alimentos diversificados entre los niños y niñas pequeños. De acuerdo con nuestros estudios y la experiencia de trabajo de CHIRAPAQ, podemos decir que mientras no se implementen políticas efectivas de seguridad alimentaria e inserción al mercado en condiciones justas, habría que reevaluar programas alimentarios nutricionales orientados a los niños menores de tres años, con productos destinados únicamente a ellos (papillas o complementos nutricionales), que aprovechen la producción local y ayuden a la diversidad alimentaria mínima. La preparación puede ser gestionada colectivamente o a través de los servicios de salud y de protección social, y con vigilancia de la comunidad, de modo que así las familias puedan asegurar la frecuencia de alimentación necesaria de sus niños y niñas en un contexto de sobrecarga de trabajo y recursos escasos.

El enfoque de género también ha sido tomado en cuenta en nuestras políticas de contratación y selección de investigadoras y participantes de nuestras diferentes actividades de los proyectos de mejora. Se ha dado prioridad a las investigadoras mujeres en las zonas de estudio, sabiendo que usualmente tienen menos oportunidades laborales y de crecimiento profesional. Respecto a las/os participantes de nuestras actividades de investigación y proyectos de mejora, se ha tenido cuidado de dar voz a quienes son más afectadas por la mala calidad de atención de los servicios y las limitaciones de las políticas de salud, que en el caso de las intervenciones de DCI y atención del parto, son las mujeres. Esto no ha significado dejar de recuperar las perspectivas de los hombres, especialmente de las parejas de las mujeres que dan a luz o tienen hijos/as con DCI que participan de los programas estudiados. Lo que se comprueba es un menor involucramiento en estos procesos, lo que no significa que no haya formas de involucramiento y preocupación, pero estos no implican el grado de responsabilidad y frecuencia de relación con los servicios de salud, que si se da en el caso de las mujeres. En las mesas de discusión y talleres de capacitación se ha promovido, contar con presencia y voz tanto de mujeres como de varones, alentando especialmente la participación de las mujeres.

ANEXO 2. MAPAS DE ZONAS DE ESTUDIO

Caso Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural de AIDESEP; Departamento de Amazonas, Provincias de Condorcanqui y Bagua



Intervención: comunidad wampís de **Aintam** en la provincia de Condorcanqui y comunidad awajún de **Centro Wawik** en la provincia de Bagua



**Caso Programa de soberanía alimentaria para disminuir la desnutrición infantil de
CHIRAPAQ: Departamento de Ayacucho, Provincia de Vilcas Huamán**

Intervención: comunidades campesinas quechuas de **San Juan de Chito** en el distrito de
Vilcas Huamán y de **Huallhua** en el distrito de Saurama



**Caso Atención del parto con adecuación intercultural de la RED DE SALUD DE
CHURCAMP: Departamento de Huancavelica, Provincia de Churcampa**

Intervención: Capital del distrito de **Churcampa** y comunidad campesina de **Occopampa**



Localización de zonas de intervención en el mapa de Perú



ANEXO 3. PRESENTACION DE RESULTADOS DE INVESTIGACIONES CON DECISORES E INVESTIGADORES A NIVEL LOCAL, REGIONAL Y NACIONAL

3.1. Presentación de resultados del estudio “*Los aportes de los egresados del Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica de AIDESEP a la salud intercultural. Estudio de caso de dos comunidades de Amazonas*”.

- Programa de la presentación del estudio en Chachapoyas, Amazonas. Marzo 2016.

Chachapoyas, viernes 4 de marzo de 2016

8:30 a.m. – 8:55 a.m.	Inscripción de participantes.
8:55 a.m. – 9:00 a.m.	Bienvenida y presentaciones.
9:00 a.m. – 9:10 a.m.	Presentación del Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica (PFETSIA). A cargo del Apu Bernabé Impi, Secretario Nacional de AIDESEP.
9:10 a.m. – 9:25 a.m.	Presentación del estudio: “El aporte de los egresados del Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica de AIDESEP a la salud intercultural”. A cargo de la Dra. Carmen Yon, investigadora del Instituto de Estudios Peruanos.
9.25 a.m.- 9.45 a.m.	Testimonios de enfermeros técnicos del PFETSIA: <ul style="list-style-type: none">• Sr. Gerardo Tukup, enfermero técnico responsable del Puesto de Salud de Aintam (Condorcanqui).• Sra. Ana María Yampis, enfermera técnica que laboró en el Centro de promoción y vigilancia comunal del cuidado integral madre-niño-Centro de Salud de Chiriaco (Bagua).• Sr. Elio Suamut, enfermero técnico que laboró en el Plan de Salud Escolar de la Red de Condorcanqui.
9.45 a.m. – 10:45 a.m.	Comentarios: <ul style="list-style-type: none">• Mg. Yéssper Saravia, director de la Dirección Regional de Salud Amazonas.• Lic. Clelia Jima, Consejera Regional por la provincia de Condorcanqui.• Apu Edwin Montenegro, presidente de ORPIAN-P.• Mg. Juan Reátegui, especialista en salud intercultural del Viceministerio de Interculturalidad.• Dr.(c) Daniel Sánchez, jefe del Programa de Pueblos Indígenas de la Defensoría del Pueblo.
11:10 a.m. – 12:10 a.m.	Otras experiencias para promover la salud intercultural y el trabajo conjunto entre el sector salud y las organizaciones indígenas: <ul style="list-style-type: none">• Lic. Norma Cruz, coordinadora de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas de la Región Amazonas.• Lic. Roberto Sanjinez, responsable de Promoción de la Salud de la Red Bagua.• Mg. Jenny Oliva, Directora Ejecutiva de la Red Condorcanqui.• Med. Neptalí Cueva, consultor en salud intercultural y ex director del CENSI.• Lic. Marcela Castillo, Coordinadora Regional de Amazonas - UNICEF.• Mg. Wilfredo Amaro, Director de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas.
12:10 a.m. – 12:25 a.m.	Preguntas de los asistentes y comentarios.
12:25 a.m. – 12:30 p.m.	Cierre del evento

- **Fotos de la presentación del estudio en Chachapoyas, Amazonas.**



*Bernabé Impi, dirigente de AIDESEP a cargo presentación del PFTESIA
Carmen Yon del IEP a cargo de la presentación del Estudio.*



Testimonios de enfermeros técnicos del PFETSIA

Comentaristas del estudio presentado por el IEP



*Consejera Regional de
Viceministerio
Condorcanqui*



*Jefe del Prog. de Pueblos Indígenas
Defensoría del Pueblo*



*Representante-
Interculturalidad*

- **Número y tipo de participantes de la presentación del estudio en Chachapoyas**

Institución/organización	Mujeres	Hombres	Total
Gobierno Central	0	3	3
Instituciones en Amazonas	4	2	6
Gobierno Regional de Amazonas	1	4	5
Dirección Regional de Salud de Amazonas	3	5	8
Redes de Salud en Amazonas	1	2	3
Organizaciones indígenas	1	2	3
Egresados del PFETSIA	1	2	3
Universidades en Amazonas	8	2	10
Expertos invitados	0	1	1
TOTAL	19	23	42

- **Notas de prensa sobre la presentación en Chachapoyas**

<http://www.aidesep.org.pe/chachapoyas-iep-presenta-publicacion-de-experiencia-en-salud-intercultural/>

<http://www.servindi.org/actualidad-noticias/16/03/2016/practica-intercultural-mejora-calidad-de-salud-en-comunidades>

http://www.iep.org.pe/iep_presenta_estudio_con_aportes_de_una_organizacion_indigena_a_la_salud_intercultural.html

- **Fotos de presentación de resultados en las comunidades de Aintam y Centro Wawik de Amazonas. Noviembre 2015**



En la presentación: autoridades de la comunidad, Gerardo Tukup enfermero técnico en salud intercultural del puesto de salud de Aintam, Bernabé Impi, dirigente de AIDSESEP y Giovanna Fuentes del IEP.



Dirigente de la comunidad de Aintam interviniendo en la presentación.



En la presentación: personal de salud del puesto de salud de Centro Wawik, funcionario de la Red de Salud de Bagua y Giovanna Fuentes del IEP.

- **Número y tipo de participantes de la presentación en comunidades de Aintam y Centro Wawik de Amazonas.**

Participantes/instituciones	Comunidad Aintam 18 nov. 2016	Comunidad Centro Wawik 20 nov. 2016
Autoridades	2	1
Dirigentes	5	1
Promotores/as	2	1
Pobladores/as	32	10
Instituciones educativas en Aintam	3	2
Posta de Salud de Aintam	2	1
Red de Salud de Bagua	0	1
Micro red de Salud de Túpac Amaru I	0	1
UNICEF Amazonas	0	1
AIDSESEP	1	0
IEP	1	1
TOTAL	47	20

3.2. Presentación del estudio “*Los retos para enfrentar la desnutrición infantil: “Saber y No Poder”. Un estudio de caso en Vilcas Huamán (Ayacucho)*”.

- **Programa de la presentación del estudio en Ayacucho. Julio 2016**

Centro Cultural de la Universidad de Huamanga.
AYACUCHO, 21 DE JULIO DE 2016.

- | | |
|--------------|---|
| 8:30-9:30 | Inscripción de los participantes y exposición de Jornada de Cultura Viva sobre productos nativos y alimentación. Equipo de CHIRAPAQ. |
| 9:30-10:00 | Presentación del programa de Soberanía y Seguridad Alimentaria de CHIRAPAQ. Tarcila Rivera-Presidenta de CHIRAPAQ. |
| 10:00-10:30 | Presentación del estudio del IEP: <i>Los retos para enfrentar la desnutrición infantil: "saber y no poder". Un estudio de caso en Vilcas Huamán (Ayacucho)</i>. Tamia Portugal y Carmen Yon-Investigadoras del IEP. |
| 10:20– 10:40 | Testimonio de madres indígenas: desde Nosotras mismas. Mujeres de comunidades de Vilcas Huamán. |
| 10:40-10:50 | Café y exposición de Jornada de Cultura Viva |
| 10:50-12:15 | Mesa de discusión sobre políticas para enfrentar la desnutrición infantil en Ayacucho
<i>¿Qué se está haciendo actualmente en Ayacucho y qué se ha logrado en la meta de trabajar multisectorialmente para enfrentar la desnutrición?:</i>
-Nancy Santos-Representante de la Gerencia de Desarrollo Social del Gobierno Regional.
- María Huayhualla -Representante de la Dirección Regional de Agricultura.
-Walter Bedrinaña- Sub-Director de la Dirección Regional de Salud.
<i>Moderadora: Tarcila Rivera Zea– Presidenta de Chirapaq</i>

<i>Comentarios y propuestas: Hacia una política integral y con enfoque de género e intercultural:</i>
- Miguel Pintado – Investigador de CEPES.
- Fredy Carrera- Consultor de UNICEF en Nutrición y Desarrollo infantil.
- Tania Pariona – Congresista electa.
- Representante del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.
<i>Moderadora: Carmen Yon- Investigadora del IEP</i> |
| 12: 15- 1:00 | Debate - intervenciones de los participantes y acuerdos |
| 1:00-2:00 | Convido andino. |
| 2:00-5:00 | Jornada de Cultura Viva. |

- **Fotos de la presentación del estudio en Ayacucho**



Carmen Yon y Tamia Portugal, investigadoras del IEP presentan el estudio, acompaña en la mesa Raquel Tello, agente comunitaria de salud de la comunidad de Huayhua.

Tania Pariona, congresista electa y Carmen Yon, investigadora del IEP en la moderación



Tarcila Rivera, presidenta de CHIRAPAQ dando lectura a los acuerdos de la jornada.

- **Número y tipo de participantes de la presentación del estudio en Ayacucho.**

Institución/comunidad	Mujeres	Hombres	Total
Pobladores y líderes de comunidades de Vilcas Huamán	5	4	9
Pobladores y líderes de comunidades de Saurama	3	4	7
Pobladores y líderes de otras comunidades	4	2	6
Líderes de diferentes organizaciones de base	8	3	11
Municipios provinciales	0	4	4
Municipios distritales	0	4	4
Gobierno Regional Ayacucho	2	6	8
Dirección Regional de Salud	2	2	4
Dirección Regional de Agricultura	3	1	4
Otras instituciones públicas regionales	2	3	5
Defensoría del Pueblo	1	0	1
Programa social JUNTOS (transferencias condicionadas a que los niños atiendan servicios de salud y educación)	7	5	12
ONG locales	9	9	18
Estudiantes de universidades	9	6	15
Instituciones educativas no universitarias	2	2	4
Medios de comunicación	1	2	3
Público en general	3	5	8
TOTAL	61	62	123

- **Nota de prensa sobre la presentación en Ayacucho.**

<http://elcomercio.pe/sociedad/ayacucho/ayacucho-cuarta-region-mayor-indice-desnutricion-infantil-noticia-1919123>
http://elpais.com/elpais/2016/08/10/planeta_futuro/1470782547_407721.html
http://elpais.com/elpais/planeta_futuro.html
https://www.facebook.com/institutodeestudiosperuanos/photos/?tab=album&album_id=1325197934176838
<http://www.chirapaq.org.pe/noticias/chirapaq-en-las-noticias/el-agro-y-la-desnutricion-infantil-en-el-peru>
<http://www.chirapaq.org.pe/noticias/ayacucho-propuestas-y-estrategias-para-combatir-la-desnutricion-infantil>
<http://www.chirapaq.org.pe/noticias/presentan-retos-y-propuestas-para-enfrentar-desnutricion-infantil>

- Fotos de presentación del estudio en las comunidades de Vilcas Huamán, Ayacucho



Mujeres de la comunidad de San Juan de Chito durante la presentación.



Edith Gonzales del IEP presentando los resultados en la comunidad de Huallhua.

- Número y tipo de participantes de la presentación en comunidades de Vilcas Huamán.

Participantes/instituciones	Comunidad San Juan de Chito	Comunidad Huallhua
Autoridades	2	3
Dirigentes	0	1
Promotores/as/Agentes comunales	2	2
Pobladores/as	22	12
TOTAL	26	18

3.3. Presentación de resultados del estudio sobre el servicio de salud materna con adecuación intercultural de la Red de Salud de Churcampa, Huancavelica

- **Nota de prensa de presentación a nivel nacional ante decisores de políticas públicas del caso Churcampa. Lima, junio 2016:**

<https://www.facebook.com/media/set/?set=a.1287352261294739.1073742015.168040359892607&type=3>
<https://todaslassangresperu.lamula.pe/2016/06/01/vuelve-el-iii-ciclo-de-conversatorios-todas-las-sangres-un-peru-con-una-discusion-sobre-el-enfoque-intercultural-en-las-politicas-de-estado/todaslassangres/>
<http://alertacontraelracismo.pe/manana-se-inicia-el-iii-ciclo-de-conversatorios-todas-las-sangres-un-peru/>

- **Notas de prensa de la presentación de resultados en el I Simposio de Antropología Médica. Lima, mayo 2016:**

http://www.iep.org.pe/delineando_una_agenda_de_antropologia_medica_en_el_pais.html
<https://www.facebook.com/institutodeestudiosperuanos/videos>
<https://www.facebook.com/institutodeestudiosperuanos/videos>

3.4. Seminarios Salud de Pueblos Indígenas, Inequidades Sociales e Interculturalidad.

- **Nota conceptual del Seminario**

Seminario Salud de Pueblos Indígenas, Inequidades Sociales e Interculturalidad

Organizado por : Instituto de Estudios Peruanos, IEP.

**Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana, AIDSESP
CHIRAPAQ, Centro de Culturas Indígenas del Perú.**

Con el apoyo del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo de Canadá, IDRC-Canadá

Fechas : 24 de agosto de 2017: Salud intercultural y formación de personal de salud.

19 de setiembre de 2017: Salud infantil, seguridad alimentaria e interculturalidad

11 de octubre de 2017: Atención del parto, pertinencia cultural y enfoque de derechos

Horario : 14:30 a 20:30 horas

Lugar : Arnaldo Márquez 2277, Jesús María, Lima, Perú

Introducción

El seminario “*Salud indígena, inequidades sociales e interculturalidad: investigación y evaluación crítica de intervenciones implementadas en el Perú*” se propone presentar y discutir los resultados del proyecto del mismo nombre desarrollado por el Instituto de Estudios Peruanos, a cargo de la Dra. Carmen Yon Leau, antropóloga médica, socióloga e investigadora asociada del IEP. Para su realización se contó con el apoyo del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo de Canadá (IDRC).

En el marco de este proyecto se han estudiado tres experiencias de salud intercultural que buscan mejorar la salud de los pueblos indígenas u originarios. Se trata de un tema de salud pública, justicia social y construcción de ciudadanía de la mayor urgencia, pues como lo muestran las cifras de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) y se resalta en otros informes (p.ej. OPS 2012; Defensoría del Pueblo 2015), los indicadores de salud de estas poblaciones pueden duplicar o triplicar las cifras nacionales en problemas como la desnutrición crónica infantil, entre otros. Así mismo, varios pueblos indígenas son afectados significativamente por enfermedades infecciosas como la hepatitis B, el VIH y otras relacionadas con la contaminación de su hábitat debido a actividades extractivas. A esto se suma que su acceso oportuno a establecimientos de salud y a servicios de salud específicos -como el de crecimiento y desarrollo infantil y los cuidados obstétricos de emergencia- se encuentra bastante más limitado que en el caso de las poblaciones no indígenas (MIDIS 2016) debido a distancias geográficas, desencuentros culturales y desigualdades socioeconómicas.

Las tres intervenciones estudiadas parten de distintas perspectivas sobre la salud intercultural y son lideradas por diferentes actores sociales y políticos. Las dos primeras son iniciativas de organizaciones indígenas de la sociedad civil y la última está a cargo de una institución estatal de salud.

- Los proyectos de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica de la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSEP), que se inició en el año 2005 como parte del Programa de Salud Indígena de esta organización indígena.
- El Programa de Soberanía y Seguridad Alimentaria para disminuir la desnutrición infantil revalorando conocimientos y cultivos indígenas, del Centro de Culturas Indígenas del Perú CHIRAPAQ, que tiene sus orígenes en 1996.
- El servicio de salud materna con adecuación intercultural de la Red de Salud de Churcampa, Huancavelica, que tuvo el apoyo del Consorcio Madre-Niño (Calandria, Asociación Kallpa, Salud Sin Límites Perú y Medicus Mundi Navarra) en el período 2005-2008.

En cada caso se realizaron investigaciones para una evaluación crítica de estas intervenciones relacionadas con la salud intercultural y la salud de los pueblos indígenas en el Perú. Los ejes de análisis más importantes fueron los (des)encuentros culturales, los determinantes sociales en salud y las relaciones entre el Estado y la sociedad en la formulación y ejecución de políticas y programas de salud. En segundo lugar, se diseñaron y ejecutaron pequeñas iniciativas para mejorar o fortalecer las intervenciones estudiadas. El Seminario tendrá tres sesiones, en cada una de las cuales se presentarán y discutirán los resultados del proyecto del IEP en cada uno de los tres casos estudiados.

- **Programa de la Sesión 1: Salud intercultural y formación de personal de salud**

Sesión 1: Salud intercultural y formación de personal de salud

Organizado por : Instituto de Estudios Peruanos, IEP

Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana, AIDESEP

Con el apoyo del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC),
Canadá

Fecha : Jueves 24 de agosto de 2017, 14:30 a 20:30 horas

Lugar : Arnaldo Márquez 2277, Jesús María, Lima. Perú.

14:30-14:40	Bienvenida.	. Lic. Natalia Gonzales, directora de actividades y educación del IEP. . Apu Bernabé Impi, dirigente nacional AIDESEP.
14:40-14:45	Presentación de objetivos y sesiones del seminario.	. Dra. Carmen Yon, investigadora del IEP.
Mesa 1: AIDESEP y la Formación en salud intercultural amazónica Moderadora: Lic. Mónica Sicchar, asesora pedagógica (2010-2016) del Consejo Directivo Nacional de AIDESEP.		
14:45-15:05	Propuesta de Formación en Salud Intercultural de AIDESEP.	. Mag. Cynthia Cárdenas, integrante del equipo técnico (2006-2013) del Proyecto de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural de AIDESEP.
15:05-15:50	Comentarios.	. Dr. Fidel Tubino, filósofo y docente de la Pontificia Universidad Católica especialista en interculturalidad. . Mag. Alfredo Rodríguez, educador y asesor en salud intercultural amazónica. . Mag. Juan Reátegui, especialista en Pueblos Indígenas del Viceministerio de Interculturalidad, Ministerio de Cultura. . Lic. Adán Marticorena, director del Instituto Tecnológico de Nauta, Loreto.
15:50-16:15	Preguntas de participantes.	
16:15-16:30	Café	
Mesa 2: Poniendo en práctica la salud intercultural indígena: Experiencias y condiciones laborales Moderadora: Lic. Isolina Valdez, directora (2005-2013) de los proyectos de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural de AIDESEP en Atalaya, Bagua y Nauta.		
16:30-16:50	Estudios de caso en Atalaya.	Dra. María Amalia Pesantes, consultora e investigadora en temas de inequidades en salud y salud indígena.
16:50-17:10	Estudios de caso en Amazonas.	Dra. Carmen Yon y Lic. Claudia Chávez, investigadoras del IEP.
17:10-17:20	Video de la presentación de propuestas y acuerdos para implementar la salud intercultural en pueblos indígenas amazónicos. IEP y AIDESEP. 2016.	IEP – AIDESEP.
17:20-18:00	Comentarios.	. Lic. Lily Cortez Yacila. Especialista en Gestión en Salud de la Dirección de Fortalecimiento de Personal de la Salud del Ministerio de Salud. . Mag. Omar Trujillo, Director de Pueblos Indígenas, Ministerio de Salud. . Dra. Lucía Solís Alcedo. Asesora del Viceministro de Interculturalidad, Ministerio de Cultura. . Enfermero técnico intercultural Gerardo Tukup del proyecto de formación de AIDESEP-Bagua.
18:00-18:20	Preguntas de participantes.	

Mesa 3: Producción audiovisual sobre salud intercultural Moderador: Lic. Rafael Nova, comunicador y antropólogo del IEP.		
18:20-18:40	Producción audiovisual sobre salud intercultural amazónica	Emilio Cartoy, productor general del documental "De Médicos y Sheripiares". Productor y guionista argentino, fundador y director de la Escuela de Realización y Producción-TEA.
18:40-19:20	Exhibición de videos:	
	1. Video de Médicos y Sheripiares.	Emilio Cartoy
	2. Video de testimonios de enfermeros técnicos en salud intercultural. I Encuentro de Egresados de proyectos de Formación en Salud Intercultural de AIDESEP. IEP-AIDESEP.	Enfermero técnico intercultural Lorenzo Navarro del proyecto de formación de AIDESEP-Nauta.
19:20-20:00	Comentarios.	<ul style="list-style-type: none"> Dr. Oscar Fariña, Decano del Departamento de Ciencias de la Salud y Actividad Física Universidad Nacional de Avellaneda, Argentina. Dra. María Elena Planas, antropóloga médica y antropóloga visual. Fernando Valdivia, Director de la Escuela de Cine Amazónico.
20:00-20:30	Preguntas de participantes y cierre.	Dra. Carmen Yon, investigadora del IEP.

• Programa de la Sesión 2: Salud infantil, seguridad alimentaria e interculturalidad

Organizado por : Instituto de Estudios Peruanos, IEP

Centro de Culturas Indígenas del Perú, CHIRAPAQ

Con el apoyo del Centro de Internacional de Investigación para el Desarrollo (IDRC), Canadá.

Fecha : Martes 19 de setiembre de 2017, 14:30 a 20:45 horas

Lugar : Arnaldo Márquez 2277, Jesús María, Lima

14:30-14:45	Bienvenida.	<ul style="list-style-type: none"> Dr. Ricardo Cuenca, director del IEP. Tarcila Rivera, presidenta del Centro de Culturas Indígenas del Perú, CHIRAPAQ.
Mesa 1: Salud Infantil e infancias diversas - Amazonía Moderadora: Dra. Carmen Yon, investigadora del IEP.		
14:45-15:05	La pediatría en la medicina indígena.	Dr. Jeanine Anderson, investigadora y profesora del Departamento de Ciencias Sociales-Sección Antropología de la Pontificia Universidad Católica-PUCP.
15:05-15:25	Desencuentro cultural entre la población awajún-wampis y el personal de salud en relación al consumo de multimicronutrientes.	Mag. Armando Medina, investigador - consultor social.
15:25-16:05	Comentarios.	<ul style="list-style-type: none"> Dr. Oscar Espinosa, profesor principal del Departamento de Ciencias Sociales-Sección Antropología de la PUCP. Lic. María Elena Ugaz, Oficial de Nutrición y Desarrollo Infantil UNICEF. Dra. Hilary Creed-Kanashiro, investigadora titular

		del Instituto de Investigación Nutricional-IIN. · Dr. Mario Tavera, consultor y ex asesor del Viceministerio de Salud Pública del Ministerio de Salud.
16:05-16:20	Preguntas de participantes.	
16:20-16:30	Café	
Mesa 2: Estudios sobre desnutrición crónica infantil y salud intercultural - IEP Moderador/a: Representante de CHIRAPAQ.		
16:30-16:50	Estudios de caso en Vilcas Huamán	Dra. Carmen Yon y Lic. Tamia Portugal, investigadoras del IEP.
16:50-17:10	Balance de los materiales educativos en alimentación y nutrición.	Mag. Rocío Vargas Machuca, consultora e investigadora en temas nutrición y gestión del conocimiento en salud.
17:10-17:40	Comentarios.	· Dr. Ponciano del Pino, historiador, profesor del Departamento de Ciencias Sociales-Sección Sociología de la PUCP. · Dra. Jeanine Anderson, investigadora y profesora del Departamento de Ciencias Sociales-Sección Antropología de la PUCP. · Lic. Lena Arias, funcionaria del Programa Mundial de Alimentos.
17:40-17:55	Preguntas de participantes.	
Mesa 3: Propuestas de Chirapaq sobre soberanía y seguridad alimentaria y salud intercultural en el tema de nutrición infantil Moderadora: Dra. Carmen Yon, investigadora del IEP.		
18:00-18:20	El programa de Soberanía y Seguridad Alimentaria de CHIRAPAQ.	Tarcila Rivera Zea, Presidenta del Centro de Culturas Indígenas del Perú, CHIRAPAQ
18:20-18:40	Testimonio de líder indígena de comunidad de Vilcas Huamán	
18:40-19:10	Comentarios.	· Dr. Juan Torres Guevara, profesor principal del Departamento de Biología de la Universidad Nacional Agraria. · Tania Pariona, congresista de la República. · Angela Durán Figallo de la Secretaría Técnica-Comisión de Seguridad Alimentaria y Nutricional-Ministerio de Agricultura y Riego.
19:10-19:30	Presentación del módulo de educación alimentaria con perspectiva intercultural.	Lic. Anicé Rimari, CHIRAPAQ-Programa de Soberanía en Seguridad Alimentaria; y Lic. Tamia Portugal, investigadora del IEP.
19:30-20:10	Comentarios y reflexiones.	· Lic. Lady Pillaca, nutricionista de la Dirección de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud. · Mag. Saby Mauricio, Decana del Colegio de Nutricionistas · Lic. Rommy Ríos Núñez, coordinadora de Nutrición y Desarrollo. MIDIS- Estrategia Nacional para la Reducción de la Anemia y la Desnutrición Crónica Infantil.
20:10-20:25	Preguntas de participantes y cierre.	· Dra. Carmen Yon, investigadora del IEP.

- **Programa de la Sesión 3: Atención del parto, pertinencia cultural y enfoque de derechos**

Organizado por : Instituto de Estudios Peruanos, IEP

Fecha : Miércoles 11 de octubre de 2017, 15:30 a 20:30 horas

Lugar : Arnaldo Márquez 2277, Jesús María, Lima

15:30-15:40	Bienvenida.	
Mesa 1: Atención del parto con pertinencia cultural en Churcampa, Huancavelica		
15:40-16:00	Parto vertical, interculturalidad y derechos en Churcampa, Huancavelica. Estudio de caso.	Dra. Carmen Yon, investigadora del Instituto de Estudios Peruanos (IEP).
16:00-16:20	Testimonios de partera y obstetra de la microrred de Paucarbamba, Huancavelica.	Partero Maximiliano Tito y Lic. Elsa Leiva
16:20-16:40	Fortaleciendo la institucionalidad del parto y la salud materna con pertinencia cultural y enfoque de derechos en Churcampa (proyecto de SSL y el IEP).	Mag. Gerardo Seminario, investigador de Salud Sin Límites.
16:40-17:00	Comentarios	- Dra. Mariela Planas, investigadora de la Univ. Peruana Cayetano Heredia (UPCH). - Lic. Rocío Gutiérrez, coordinadora nacional adjunta de Foro Salud y coordinadora del Área de Género y Salud Sexual y Reproductiva de Ayni Desarrollo.
17:00-17:40	Preguntas de participantes.	
17:20-18:00	Café	
Mesa 2: Parto institucional y partería tradicional indígena: reflexiones desde la salud intercultural		
18:00-18:20	Estudio sobre cesáreas con mujeres quechuas y aymaras.	Dra. Mariela Planas, investigadora de la UPCH.
18:20-18:40	Balance de la implementación de la norma de parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia cultural.	Dra. Raquel Hurtado, Directora de Medicina Alternativa y Complementaria del Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI).
18:40-19:00	Partería tradicional indígena y salud intercultural: situación y aportes desde Perú, Canadá y México.	Mag. Raquel García Pinar, investigadora del Programa Mujeres indígenas de Chirapaq.
19:00-19:40	Comentarios	- Lic. Carmen Mayuri, Directora de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA. - Dra. Ruth Iguñiz, investigadora de la UPCH. - Dra. Angela Bocker, directora de Pakarii e integrante del Comité de Medicina Tradicional, Alternativa y Complementaria del Colegio Médico.
19:40-20:10	Preguntas de participantes y cierre	Dra. Carmen Yon, investigadora del IEP.

- **Número y tipo de participantes del Seminario**

<i>Institución/organización de procedencia</i>	<i>Sesión 1</i>	<i>Sesión 2</i>	<i>Sesión 3</i>
Instituciones públicas			
Congresista de la República	0	1	0
Ministerio de Agricultura y Riego	0	1	0
Ministerio de Cultura	4	0	2
Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social	3	4	2
Ministerio de Economía y Finanzas	0	1	1
Ministerio de Educación	1	0	0
Ministerio de Producción	1	0	0
Ministerio de Salud	6	3	2
. Centro Nacional de Salud Intercultural-CENSI/Instituto Nacional de Salud	7	12	9
. Enfermeros técnicos/establecimientos de salud de zona intervención	2	0	3
. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado	1	0	0
. Superintendencia Nacional de Salud-SUSALUD	1	0	0
Presidencia Consejo de Ministros	1	0	0
Seguro Social de Salud del Perú-EsSalud	1	1	0
Sociedad civil y otros organismos			
Colegios profesionales	2	4	3
Consultores/investigadores independientes	8	4	2
Iglesia Diócesis Chosica	0	1	0
Organismos no gubernamentales-ONG	12	14	7
Organismos internacionales	4	3	1
Organizaciones indígenas	1	11	1
Productores cine/video	2	0	0
Profesionales independientes	11	4	6
Universidades y tecnológicos (docentes y estudiantes)	27	19	23
Total de participantes	95	83	62

- **Notas de Prensa del seminario**

<http://www.actualidadambiental.pe/?p=46055>

<http://chirapaq.org.pe/es/debaten-sobre-salud-infantil-seguridad-alimentaria-e-interculturalidad>

<https://www.servindi.org/actualidad-noticias/18/09/2017/compartiran-experiencias-sobre-salud-intercultural>

<http://iep.org.pe/noticias/seminario-salud-pueblos-indigenas-inequidades-sociales-e-interculturalidad/>

- **Fotos del Seminario**

Sesión 1: Salud intercultural y formación de personal de salud



Bernabé Impi, dirigente nacional de AIDSESEP y Carmen Yon, investigadora del IEP en la mesa de bienvenida del Seminario



Mónica Sicchar, asesora pedagógica de AIDSESEP, Clelia Jima, consejera indígena del Gobierno Regional de Amazonas y Adán Marticorena, director del Instituto Tecnológico de Nauta, entre el público asistente.

Para ver más fotos:

https://www.facebook.com/168040359892607/photos/?tab=album&album_id=1778717912158169

Sesión 2: Salud infantil, seguridad ciudadana e interculturalidad



Ricardo Cuenca, Director del IEP, Tarcila Rivera presidenta de CHIRAPAQ y Carmen Yon, investigadora del IEP dando la bienvenida a la sesión



Angela Durán de la Comisión Multisectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Juan Torres, profesor principal de la Universidad Nacional Agraria y Tania Pariona, congresista de la República, comentaristas de la Mesa 2.

Para ver más fotos:

https://www.facebook.com/pg/institutodeestudiosperuanos/photos/?tab=album&album_id=1811916005505026

Sesión 3: Atención del parto, pertinencia cultural y enfoque de derechos



Carmen Yon, investigadora de IEP interviniendo en la mesa 1, Gerardo Seminario de Salud sin Límites Perú, Tamia Portugal, investigadora IEP, Elsa Leiva, obstetra del Centro de Salud de Paucarbamba, Huancavelica.



Carmen Mayuri del Ministerio de Salud, Angela Brocker del Comité de Medicina Tradicional del Colegio Médico del Perú y Ruth Iguiniz, investigadora de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, comentaristas de la Mesa 2.

Para ver más fotos:

https://www.facebook.com/pg/institutodeestudiosperuanos/photos/?tab=album&album_id=1835394273157199

ANEXO 4. EVENTOS PARA FORTALECIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS

4.1. Taller capacitación “Derechos y Salud Intercultural” dirigido al personal de salud. Churcampa, Huancavelica, 15-16 agosto 2016

- Número y tipo de participantes por establecimiento de salud.

Profesión	Centro de Salud Churcampa		Centro de Salud Anco		Centro de Salud Paucarbamba	
	Día		Día		Día	
	15	16	15	16	15	16
Médico	2	1	1	1	0	0
Obstetra	3	3	5	1	2	1
Lic. Enfermería	3	3	1	1	1	0
Técnico en Enfermería	5	11	0	0	0	2
Biólogo	1	1	0	0	0	0
Psicólogo	0	1	0	0	0	0
Odontólogo	0	1	0	0	1	0
Trabajadora Social	0	1	0	0	0	0
Conductor	1	1	0	0	0	0
Auxiliar de Enfermería	1	0	0	0	0	0
Frente de Defensa	1	0	0	0	0	0
Técnico en Informática	0	2	0	0	0	0
Sub Total	17	25	7	3	4	3
Total	59					

- Promedio de calificaciones de los pre y post test de los participantes.

Fecha	Promedio pre test	Promedio pos test
15/08/2016	10	14
16/08/2016	09	15

- Evaluación de la capacitación

Pre test 15 de agosto						
Nº	Tema	1	2	3	4	5
1	Conceptos básicos: Pueblos indígenas, Cultura, Cosmovisión, Pluri-culturalidad, Multiculturalidad, Identidad Cultural e Interculturalidad Concepto Salud Enfermedad: En Sistema de Medicina Tradicional Andino y Sistema de Medicina Académica y la lógica en la atención en Salud.				9	6
2	Derechos de los Pueblos Indígenas en Salud				13	1
3	Normatividad del Proceso de Salud Intercultural en el Perú			12		
4	Fundamentos técnicos de la implementación de la salud intercultural Situación de la Población Indígena en el Perú.			10	8	

Post test 16 de agosto						
Nº	Tema	1	2	3	4	5
1	Conceptos básicos: Pueblos indígenas, Cultura, Cosmovisión, Pluri-culturalidad, Multiculturalidad, Identidad Cultural e Interculturalidad Concepto Salud Enfermedad: En Sistema de Medicina Tradicional Andino y Sistema de Medicina Académica y la lógica en la atención en Salud			2	6	8
2	Derechos de los Pueblos Indígenas en Salud				11	4
3	Normatividad del Proceso de Salud Intercultural en el Perú			4	9	3

- Fotos de la capacitación**



Expositora en diálogo con los participantes.



Participantes del Centro de Salud Churcampa durante trabajo en grupo.

4.2. Taller capacitación “Fortalecimiento de competencias sobre los fundamentos técnicos y procedimentales en la atención del parto vertical con pertinencia intercultural dirigido al personal con responsabilidades obstétricas y neonatales del primer nivel de atención”. Churcampa, 27-28 setiembre 2016.

• **Programa**

HORA	ACTIVIDAD/TEMARIO	RESPONSABLE
8:00 a 8:30	Inscripción de entrega de materiales	Facilitadoras Elsa Leiva y Lucinda Vegas
8:30 a 8:45	Inauguración	Jefe de la Unidad Operativa Red de Salud Churcampa y Jefe del Centro de Salud Churcampa
8:45 a 9:15	Estado actual de las cobertura de atención del parto con pertinencia intercultural.	Facilitadora Elsa
9:15 a 9:30	Dinámica y presentación	Facilitadoras Elsa y Lucinda
9:30 a 10:30	Evidencias en la atención del parto en posición vertical.	Facilitadora Lucinda
10:45 a 11:30	Caracterización del parto en posición vertical con pertinencia intercultural.	Facilitadoras Elsa y Lucinda
11:30 a 12:30	Criterios de inclusión y exclusión para el parto vertical.	Facilitadora Elsa
12:30 a 13:30	Posiciones de parto vertical.	Facilitadora Elsa
13:30 a 15:00	ALMUERZO	
15:00 a 16:00	Ambientación	Facilitadora Elsa
16:00 a 17:30	Competencia intercultural	Facilitadora Lucinda
8:30 a 10:30	Atención del primer periodo del parto vertical con competencia intercultural.	Facilitadora Lucinda
10:30 a 10:45	REFRIGERIO	
10:45 -12:45	Atención del segundo periodo del parto en posición vertical.	Facilitadora Elsa
12:45 a 13:45	Atención del tercer periodo del parto.	Facilitadora Lucinda
13:45 a 15:00	ALMUERZO	
15:00 a 15:30	Atención del cuarto periodo puerperio.	Facilitadora Elsa
15:30 a 16:00	Atención y cuidados del recién nacido, intraparto y atención inmediata.	Facilitadoras Elsa y Lucinda
16:00 a 18:00	Socialización de la Norma Técnica N° 121	Facilitadoras Elsa y Lucinda

• **Número y tipo de participantes y establecimiento de salud.**

Profesión	Centro de Salud Churcampa		Centro de Salud Anco		Centro de Salud Paucarbamba	
	Día		Día		Día	
	27	28	27	28	27	28
Médico	2	2	-	-	2	2
Obstetra	5	5	4	4	2	2
Lic. Enfermería	6	4	1	1	2	2
Sub Total	13	11	5	5	6	6
Total	24					

- **Resultados de las calificaciones individuales de pre y post a los participantes**

Nº	Apellidos y Nombres	Pre test	Post test
1	Aquije Morales Nathali	12	17
2	Aponte Quinto Nancy	10	-
3	Arzapalo Marticorena Jackeline Soledad	17	20
4	Ayme Bustamante Edith Barinia	17	20
5	Berrospi Hurtado Jhanneth	16	20
6	Castillo Tejeda Carmen	18	20
7	Cazza Lizarraye Lesly	18	19
8	Curi Ramos Samuel	18	19
9	Churampi Varillas Anggela Yoselin	18	19
10	Huayllani Hilario Jhosimar	19	20
11	Huaranca Sulca Jans	19	19
12	Mallma Flores Luz Roxana	14	-
13	Mendoza Huaman Jhuliana	17	19
14	Ñacari Espinoza Yesenia Abigail	11	19
15	Ñahuero Yance Margoth	14	15
16	Núñez Soto Nestor Angel	12	19
17	Núñez Soto Jorge	09	17
18	Orihuela Rosales Alem	16	19
19	Rodriguez Quispe Edith	13	20
20	Robladillo Salva Edith Nancy	10	20
21	Rojas Martinez Mariela Elida	17	19
22	Rodriguez Cardenas Juan José	13	19
23	Sedano Chavez Gladys	13	-
24	Chulluncay Madueño Elba	13	17
25	Quispe Cusi Lina	09	17
26	Velasquez Rojas Giovana	16	18
27	Vela Hidalgo Liz	09	19
28	Rojas Arroyo Lessly	07	19

- **Evaluación de la capacitación**

No	Tema	1	2	3	4	5
1	Evidencias del parto en posición vertical				12	3
2	Caracterización del parto vertical con pertinencia intercultural				8	7
3	Posiciones del parto vertical con pertinencia intercultural				6	7
4	Ambientación			2	7	6
5	Competencia intercultural			1	10	4
6	Atención del primer período parto vertical con pertinencia intercultural				9	5
7	Atención del segundo período parto vertical con pertinencia intercultural				11	5
8	Atención del tercer período parto vertical con pertinencia intercultural				10	6
9	Atención del cuarto período parto vertical con pertinencia intercultural				7	7
10	Atención inmediata del recién nacido				11	4
11	Socialización de la norma técnica del parto vertical con pertinencia intercultural				11	3
12	De los temas tratados				10	4
13	Desenvolvimiento de las facilitadoras				3	11

- **Foto**



Realizando la práctica de la atención del parto vertical utilizando la maqueta.

4.3. Reuniones de trabajo para la validación de los protocolos de atención del parto vertical con pertinencia intercultural y de la atención inmediata del recién nacido en el parto vertical con pertinencia intercultural en la provincia de Churcampa, Huancavelica.

- **Programa de la reunión, Churcampa, Huancavelica 27 de octubre 2016**

Programa de la Región Churcampa, Huancavelica 27 de octubre 2010		
HORA	ACTIVIDAD/TEMARIO	RESPONSABLE
8:30 a 9:00	Inscripción de entrega de materiales	Facilitadoras Elsa y Lucinda
9:00 a 9:15	Inauguración del evento	Director de la Unidad Operativa Red de Salud Churcampa
9:15 a 10:15	Conferencia Magistral: Derechos en Salud y Pertinencia Intercultural en la Salud de la Madre y el Niño en el primer nivel de atención	Dr. Mario Tavera, especialista en Salud Pública y ex asesor Ministerio de Salud
10:15 a 10:30	Ronda de preguntas	
10:30 a 10:45	Refrigerio	
10:45 a 11:45	Presentación de la propuesta del Protocolo de Atención del parto vertical con pertinencia intercultural de la provincia de Churcampa	Obst. Jans Huanrancca Centro de Salud Churcampa
11:45 a 01:00	Elaboración del Protocolo de Atención Inmediata del Recién Nacido el parto vertical con pertinencia intercultural de la provincia de Churcampa	Lic. Nancy Aponte Centro de Salud Churcampa
01:00 a 03:00	Almuerzo	
03:00 a 4:00	Continuación de la elaboración del Protocolo de Atención Inmediata del Recién Nacido el parto vertical con pertinencia intercultural de la provincia de Churcampa	Lic. Nancy Aponte Centro de Salud Churcampa Dr. Mario Tavera
04:00 a 5:00	Plenaria para la presentación del Protocolo de Atención Inmediata del Recién Nacido el parto vertical con pertinencia intercultural de la provincia de Churcampa elaborado	Lic. Nancy Aponte Centro de Salud Churcampa Dr. Mario Tavera
5:00	Clausura del evento	Lic. Néstor Nuñez Jefe Centro de Salud Churcampa

- **Número y tipo de participantes por establecimiento de salud. Churcampá, 27 octubre 2016**

Profesión	Obstetra	Lic. Enfermería	Médico
Centro de Salud Churcampá	3	7	2
Centro de Salud Paucarbamba	1	2	1
Centro de Salud Anco	2	1	1
Centro de Salud Cosme	1	1	0
DIRESA Huancavelica	2	2	0
Unidad Operativa Red Salud Churcampá	1	0	0
Sub Total	10	13	4
Total	27		

- **Número y tipo de participantes por establecimiento de salud. Churcampá, 19 diciembre 2016**

Profesión	Obstetra	Lic. Enfermería	Médico
Centro de Salud Churcampá	5	3	3
Centro de Salud Paucarbamba	2	2	1
Centro de Salud Anco	2	1	0
Centro de Salud Cosme	1	0	0
DIRESA Huancavelica	2	2	
Unidad Operativa Red Salud Churcampá	1	2	
Sub Total	13	10	4
Consejo de Desarrollo Comunal y agentes comunitarios de salud		3	
Total	30		

- **Foto de reunión de validación final de protocolos. Churcampá, 19 diciembre 2016**



Participantes de la reunión de validación final de protocolos

4.4. Visita y sesiones de trabajo con representantes del Frente de Defensa del Pueblo, Consejo de Desarrollo Comunal, agentes comunitarios de salud para (re)conocer los servicios de salud con pertinencia intercultural. Centro de Salud Churcampa, Huancavelica.

- **Número y tipo de participantes en reuniones de trabajo del 15 setiembre y 1 de diciembre 2016**

Comunidad	Miembro del Consejo de Desarrollo Comunal		Agentes comunitarios de salud	
	Sesión de trabajo		Sesión de trabajo	
	15 set	1 dic	15 set	1 dic
Pichcay	3	2	1	3
Huayllcay	1	1	0	0
Patacancha	1	2	1	3
San Mateo	3	2	1	1
Paccha Piruacocha	1	1	0	0
Ccotccoy	1	0	0	0
Tullpacancho	1	0	2	0
Sub Total	11	8	5	7
Total día 15 set	16			
Total día 1 dic	15			

- **Número y tipo de participantes en la visita al Centro de Salud de Churcampa, Huancavelica, 7 octubre 2016.**

Comunidad	Miembro de Consejo de Desarrollo Comunal	Agente comunitario de salud
Pichcay	4	2
Huayllcay	1	0
Patacancho	0	1
San Mateo	2	0
Cconoc	3	0
Ccotccoy	2	2
Tullpacancho	1	1
Paccay	0	1
Sub Total	13	7
Total	20	

- **Fotos de la visita**



Visita de representantes de Consejo de Desarrollo Comunal y agentes comunitarios de salud al Centro de Salud Churcampa, Huancavelica.



4.5. Reuniones de diálogo intercultural entre el personal de salud, parteras y otros especialistas indígenas para el intercambio de saberes en torno a la salud materna y perinatal y lograr acuerdos de trabajo coordinado.

- Número y tipo de participantes de reunión de entre parteras y otros especialistas tradicionales, Centro de Salud Churcampa, Huancavelica, 11 octubre 2016.

EESS	Partera	Agente medicina tradicional	Agente comunitario de salud	Personal de salud
Centro de Salud Paucarbamba	8	16	14	7
Centro de Salud Churcampa	19	18	4	5
Centro de Salud Anco	6	10	3	9
Sub Total	33	44	21	21
Total	119			

- Fotos de la reunión



Trabajo de grupo entre personal de salud y agentes de la medicina tradicional



Representación de la atención de parto vertical.

- **Número y tipo de participantes de reunión de parteras y el personal de salud del Centro de Salud Churcampa, Huancavelica, 9 diciembre 2016.**

Establecimiento de salud	Partera	Personal de salud
Centro de Salud Paucarbamba		6
Centro de Salud Churcampa	1	6
Centro de Salud Anco	1	1
Total	2	13

4.6. Visita de monitoreo a establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales Básicas-FONB de Churcampa, Huancavelica

- **Cuadro de evaluación de la visita al Centro de Salud Anco, 13 diciembre 2016**

Criterios	Características mínimas tangibles	Evaluación
Valoración de especialistas de la medicina andina y reconocimiento de los derechos de la población a participar en el diagnóstico y evaluación de los servicios de salud.	Existe registro actualizado de personas con saberes ancestrales o especialistas de la medicina andina ("agentes de la medicina tradicional")	Cumple
	Se realizan reuniones de intercambio interculturales de los PPII respecto a temas de salud).	Cumple
	Se elabora un plan para poner en práctica la política sectorial de salud intercultural con metas e indicadores, el que debe recoger lo dicho en los diálogos interculturales con la población.	En proceso
	Se divulga los derechos de los pueblos quechuas en asambleas comunales y otros espacios, así como los cuatro ejes de la política sectorial en salud intercultural.	Cumple
	Se difunden los servicios de salud materno infantil que brindan atención del parto con pertinencia cultural y el derecho de las mujeres a escoger la posición en la que desean dar a luz.	Cumple
Prestación de servicios de salud	Cuenta con la Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical	Cumple
	El 100% de integrantes de los profesionales con funciones obstétricas neonatales del EESS conocen la Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical.	En proceso
	El 100% de integrantes de los profesionales con funciones obstétricas neonatales del EESS conocen el Protocolo de Atención del parto vertical con pertinencia intercultural y el protocolo de atención inmediata del recién nacido sano de la provincia de Churcampa.	En proceso
	Cuenta con sala de parto que brinda seguridad cultural (apropiado a la cultura local).	Cumple
	Se acepta que las parteras acompañen y participen del parto de las mujeres que así lo requieran.	Cumple
	Se brinda atención del trabajo de parto y puerperio de acuerdo a las preferencias de la población.	Cumple
	El 100% de los equipos básicos de salud tienen competencia en la atención del parto vertical y la atención inmediata al recién nacido en el parto vertical con pertinencia intercultural.	En proceso
	Se identifica el idioma que hablan las familias y se registra en la carpeta familiar.	No cumple

	La comunicación entre proveedor usuario es en quechua.	Cumple
	Se cuenta con facilitadores interculturales (traductores del quechua, con conocimientos sobre medicina indígena y capacidades para facilitar un mutuo entendimiento entre la población quechua y los proveedores de salud)	Cumple
	Existe registro de problemas de salud reconocidos por la medicina andina durante la gestación, parto y puerperio que son mencionados de manera más recurrente en el distrito.	No cumple
	Se cuenta con sala de espera implementada con recursos de la zona según los acuerdos logrados en las reuniones o diálogos interculturales con las mujeres y parteras.	No cumple
	La señalización del establecimiento y ambientes es con pertinencia intercultural.	Cumple
	Se cuenta con casa materna en funcionamiento acondicionada según los acuerdos logrados en las reuniones o diálogos interculturales con las mujeres y parteras.	En proceso
	Se cuenta con un listado de plantas medicinales más comunes en la atención materno infantil.	No cumple
	Se cuenta con huerto demostrativo de plantas medicinales.	Cumple
	Se cuenta con plantas medicinales deshidratadas en el tópico.	Cumple
	Se prescribe plantas medicinales y se registra en la Historia Clínica.	No cumple
	Se difunde las propiedades medicinales de plantas y otros recursos.	No cumple
	Se registra en la historia clínica información sobre enfermedades o problemas de salud reconocidos por la medicina andina (ej. susto, chacho) proporcionada por el usuario sobre el motivo de consulta.	No cumple
Competencias interculturales del equipo de salud	Más del 50% de integrantes del equipo de salud están capacitados en interculturalidad, género y derechos humanos.	Cumple
	El 100% de los equipos básicos de salud que ingresan al EESS requieren completar procesos de transferencia de conocimientos y capacidades para la atención del parto vertical y la atención inmediata al recién nacido en el parto vertical con pertinencia intercultural.	En proceso
	Se realiza reuniones para analizar avances de incorporación de la interculturalidad de acuerdo a los ejes de la política sectorial de salud intercultural y a un plan elaborado previamente.	No cumple
Información diferenciada	En la sala situacional se cuenta con información de atención de parto en posición vertical y horizontal atendidos en el EESS.	Cumple
	En la sala situacional se cuenta con información de atención de partos con participación de parteras tradicionales.	En proceso
	En la sala situacional se cuenta con información de atención de parto con participación de familiares.	En proceso

• Cuadro de evaluación de la visita al Centro de Salud Paucarbamba, 14 diciembre 2016

Criterios	Características mínimas tangibles	Evaluación
Valoración de especialistas de la medicina andina y reconocimiento de los derechos de la población a participar en el diagnóstico y evaluación de los servicios de salud.	Existe registro actualizado de personas con saberes ancestrales o especialistas de la medicina andina ("agentes de la medicina tradicional").	Cumple
	Se realizan reuniones de intercambio interculturales de los PPII respecto a temas de salud).	Cumple
	Se elabora un plan para poner en práctica la política sectorial de salud intercultural con metas e indicadores, el que debe recoger lo dicho en los diálogos interculturales con la población.	Cumple
	Se divulga los derechos de los pueblos quechuas en asambleas comunales y otros espacios, así como los cuatro ejes de la política sectorial en salud intercultural.	Cumple
	Se difunden los servicios de salud materno infantil que brindan atención del parto con pertinencia cultural y el derecho de las mujeres a escoger la posición en la que desean dar a luz.	Cumple
Prestación de servicios de salud	Cuenta con la Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical.	Cumple
	El 100% de integrantes de los profesionales con funciones obstétricas neonatales del EESS conocen la Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical.	Cumple
	El 100% de integrantes de los profesionales con funciones obstétricas neonatales del EESS conocen el Protocolo de Atención del parto vertical con pertinencia intercultural y el protocolo de atención inmediata del recién nacido sano de la provincia de Churcampa.	Cumple
	Cuenta con sala de parto que brinda seguridad cultural (apropiado a la cultura local)	Cumple
	Se acepta que las parteras acompañen y participen del parto de las mujeres que así lo requieran.	Cumple
	Se brinda atención del trabajo de parto y puerperio de acuerdo a las preferencias de la población.	Cumple
	El 100% de los equipos básicos de salud tienen competencia en la atención del parto vertical y la atención inmediata al recién nacido en el parto vertical con pertinencia intercultural.	Cumple
	Se identifica el idioma que hablan las familias y se registra en la carpeta familiar	Cumple
	La comunicación entre proveedor usuario es en quechua	Cumple
	Se cuenta con facilitadores interculturales (traductores del quechua, con conocimientos sobre medicina indígena y capacidades para facilitar un mutuo entendimiento entre la población quechua y los proveedores de salud)	Cumple
	Existe registro de problemas de salud reconocidos por la medicina andina durante la gestación, parto y puerperio que son mencionados de manera más recurrente en el distrito.	Cumple
	Se cuenta con sala de espera implementada con recursos de la zona según los acuerdos logrados en las reuniones o diálogos interculturales con las mujeres y parteras.	Cumple
	La señalización del establecimiento y ambientes es con pertinencia intercultural	Cumple
	Se cuenta con casa materna en funcionamiento acondicionada según los acuerdos logrados en las reuniones o diálogos interculturales con las mujeres y parteras.	Cumple
	Se cuenta con un listado de plantas medicinales más comunes en la	Cumple

	atención materno infantil	
	Se cuenta con huerto demostrativo de plantas medicinales	Cumple
	Se cuenta con plantas medicinales deshidratadas en el tópico	Cumple
	Se prescribe plantas medicinales y se registra en la Historia Clínica	Cumple
	Se difunde las propiedades medicinales de plantas y otros recursos	Cumple
	Se registra en la historia clínica información sobre enfermedades o problemas de salud reconocidos por la medicina andina (ej. susto, chacho, pacha) proporcionada por el usuario sobre el motivo de consulta.	Cumple
Competencias interculturales del equipo de salud	Más del 50% de integrantes del equipo de salud están capacitados en interculturalidad, género y derechos humanos	Cumple
	El 100% de los equipos básicos de salud que ingresan al EESS requieren completar procesos de transferencia de conocimientos y capacidades para la atención del parto vertical y la atención inmediata al recién nacido en el parto vertical con pertinencia intercultural	Cumple
	Se realiza reuniones para analizar avances de incorporación de la interculturalidad de acuerdo a los ejes de la política sectorial de salud intercultural y a un plan elaborado previamente.	Cumple
Información diferenciada	En la sala situacional se cuenta con información de atención de parto en posición vertical y horizontal atendidos en el EESS.	Cumple
	En la sala situacional se cuenta con información de atención de partos con participación de parteras tradicionales.	Cumple
	En la sala situacional se cuenta con información de atención de parto con participación de familiares	Cumple

• Cuadro de evaluación de la visita al Centro de Salud Churcampá, 14 diciembre 2016

Criterios	Características mínimas tangibles	Evaluación
Valoración de especialistas de la medicina andina y reconocimiento de los derechos de la población a participar en el diagnóstico y evaluación de los servicios de salud.	Existe registro actualizado de personas con saberes ancestrales o especialistas de la medicina andina ("agentes de la medicina tradicional")	Cumple
	Se realizan reuniones de intercambio interculturales de los PPII respecto a temas de salud).	Cumple
	Se elabora un plan para poner en práctica la política sectorial de salud intercultural con metas e indicadores, el que debe recoger lo dicho en los diálogos interculturales con la población.	Cumple
	Se divulga los derechos de los pueblos quechuas en asambleas comunales y otros espacios, así como los cuatro ejes de la política sectorial en salud intercultural.	Cumple
	Se difunden los servicios de salud materno infantil que brindan atención del parto con pertinencia cultural y el derecho de las mujeres a escoger la posición en la que desean dar a luz.	Cumple
	Cuenta con la Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical.	Cumple
	El 100% de integrantes de los profesionales con funciones obstétricas neonatales del EESS conocen la Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical.	Cumple
	El 100% de integrantes de los profesionales con funciones obstétricas neonatales del EESS conocen el Protocolo de Atención del parto vertical con pertinencia intercultural y el protocolo de atención inmediata del recién nacido sano de la provincia de Churcampá.	Cumple
	Cuenta con sala de parto que brinda seguridad cultural (apropiado a la cultura local)	Cumple

Prestación de servicios de salud	Se acepta que las parteras acompañen y participen del parto de las mujeres que así lo requieran.	Cumple
	Se brinda atención del trabajo de parto y puerperio de acuerdo a las preferencias de la población.	Cumple
	El 100% de los equipos básicos de salud tienen competencia en la atención del parto vertical y la atención inmediata al recién nacido en el parto vertical con pertinencia intercultural.	Cumple
	Se identifica el idioma que hablan las familias y se registra en la carpeta familiar.	No cumple
	La comunicación entre proveedor usuario es en quechua.	Cumple
	Cuenta con facilitadores interculturales (traductores del quechua, con conocimientos sobre medicina indígena y capacidades para facilitar un mutuo entendimiento entre la población quechua y los proveedores de salud).	Cumple
	Existe registro de problemas de salud reconocidos por la medicina andina durante la gestación, parto y puerperio que son mencionados de manera más recurrente en el distrito.	Cumple
	Cuenta con sala de espera implementada con recursos de la zona según los acuerdos logrados en las reuniones o diálogos interculturales con las mujeres y parteras.	No cumple
	La señalización del establecimiento y ambientes es con pertinencia intercultural.	Cumple
	Se cuenta con casa materna en funcionamiento acondicionada según los acuerdos logrados en las reuniones o diálogos interculturales con las mujeres y parteras.	No cumple
	Cuenta con un listado de plantas medicinales más comunes en la atención materno infantil.	Cumple
	Se cuenta con huerto demostrativo de plantas medicinales.	Cumple
	Se cuenta con plantas medicinales deshidratadas en el tóxico.	Cumple
	Se prescribe plantas medicinales y se registra en la Historia Clínica.	Cumple
	Se difunde las propiedades medicinales de plantas y otros recursos.	Cumple
	Se registra en la historia clínica información sobre enfermedades o problemas de salud reconocidos por la medicina andina (ej. susto, chacho, pacha) proporcionada por el usuario sobre el motivo de consulta.	No cumple
Competencias interculturales del equipo de salud	Más del 50% de integrantes del equipo de salud están capacitados en interculturalidad, género y derechos humanos.	Cumple
	El 100% de los equipos básicos de salud que ingresan al EESS requieren completar procesos de transferencia de conocimientos y capacidades para la atención del parto vertical y la atención inmediata al recién nacido en el parto vertical con pertinencia intercultural.	No cumple
	Se realiza reuniones para analizar avances de incorporación de la interculturalidad de acuerdo a los ejes de la política sectorial de salud intercultural y a un plan elaborado previamente.	Cumple
Información diferenciada	En la sala situacional se cuenta con información de atención de parto en posición vertical y horizontal atendidos en el EESS.	Cumple
	En la sala situacional se cuenta con información de atención de partos con participación de parteras tradicionales.	No cumple
	En la sala situacional se cuenta con información de atención de parto con participación de familiares.	No cumple

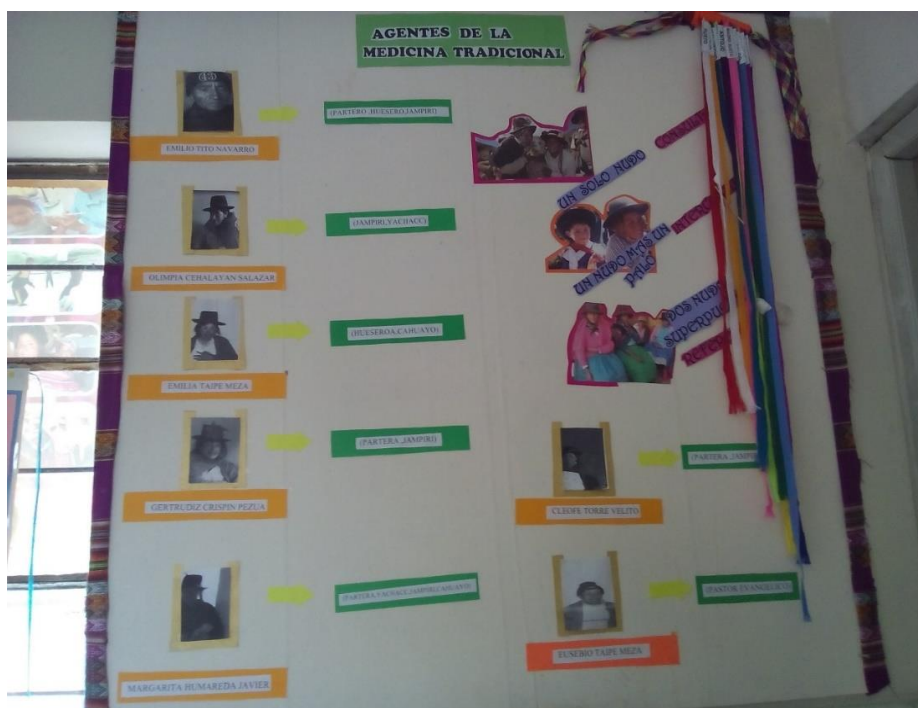
- Fotos de visitas.



Centro de Salud Churcampa difunde las propiedades medicinales de plantas.



Centro de Salud de Anco cuenta con sala de parto que brinda seguridad cultural.



Centro de Salud Paucarbamba cuenta con registro actualizado de personas con saberes ancestrales o especialistas de la medicina andina

4.7. Presentación de la política para atención del parto y del recién nacido a personal de salud de la Red de Salud de Churcampá

- Participantes reunión de transferencia y compromisos finales del Proyecto de Fortaleciendo la Institucionalidad del Parto y la salud Materna con Pertinencia Cultural y Enfoque de Derechos en la Red de Salud Churcampá. 31 enero 2017.

	Por tipo de participante						
	Funcionario	Enfermera	Obstetra	Médico	Partera	Agente comunitario de salud	Consejo de Desarrollo Comunal
UORSCH	1		1				
Centro de Salud Churcampá		3	2				
Centro de Salud Paucarbamba		2	2	1			
Centro de Salud Anco			4				
Comunidad Picchay						2	1
Comunidad Paucarbamba	1				2		
Comunidad Paucarbambilla					1		
Comunidad Patacancha						2	2
Comunidad Paccha						2	
Comunidad El Carmen					1		
Sub total	1	5	9	1	4	6	3
SSLP : 2							
IEP: 1							
TOTAL							34

- **Política para atención de parto y del recién nacido con enfoque intercultural en la Red de Salud Churcampa – Acta de Entrega**

I. OBJETIVO

EL objetivo del presente documento es dejar constancia de la entrega a la Unidad Operativa de la Red de Salud Churcampa, por parte de Salud Sin Límites Perú y el Instituto de Estudios Peruanos, de la propuesta de POLÍTICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO Y DEL RECIÉN NACIDO CON ENFOQUE INTERCULTURAL EN LA RED DE SALUD CHURCAMP, así como de los acuerdos a los que se comprometen cada una de estas partes para su implementación.

II. ANTECEDENTES

El servicio de salud materna de la Red de Salud de Churcampa es particularmente importante porque se considera uno de los más exitosos y sigue siendo una referencia de los EESS que han logrado aplicar la norma del parto vertical con pertinencia intercultural en el Perú. Es así que ha sido premiada y reconocida por organismos de salud internacionales. Además, constituye un centro de pasantía de la UNMSM y de otros visitantes nacionales e internacionales.

La institucionalización de la atención del parto con pertinencia intercultural en la Red de Salud de Churcampa es resultado de un proceso impulsado por la Red de Salud Churcampa y el Consorcio de ONG Madre-Niño (Calandria, Asociación Kallpa, Salud Sin Límites Perú y Medicus Mundi Navarra) en el periodo 2005-2008. En este periodo se impulsó acciones en diferentes frentes que involucraron tanto a prestadores de las redes de salud como a los agentes comunitarios, así como el desarrollo de estrategias de comunicación con autoridades, docentes y las mujeres y hombres de la población. Para este trabajo el enfoque intercultural en salud suponía relaciones equitativas entre personas y culturas vistas con igual valor y derechos, enfoque con el que investigó el punto de vista de la población y los proveedores de salud, así como promovió relaciones de equidad entre ambos, buscando que los servicios de salud incorporen elementos de la cultura local y ofrezcan servicios de calidad que respeten las formas de pensar y costumbres beneficiosas e inocuas, y las incorporen en la oferta de atención de los servicios de salud materna e infantil¹⁵.

Durante el año de 2014 y parte de 2015, luego de seis años de culminado el proyecto del Consorcio Madre-Niño, el Instituto de Estudios Peruanos (IEP) desarrolló un estudio cualitativo en el CS de Churcampa y el PS de Occopampa para conocer las fortalezas y debilidades de la experiencia, así como los contextos que la favorecen o dificultan. Los problemas más importantes que se observaron y requieren considerarse en el proyecto de mejora son:

- Alta vulnerabilidad frente a cambios de autoridades y rotación de personal favorecida por la falta de mecanismos que garanticen formas de transferencia. Si bien hay formas de institucionalización de la atención vertical del parto en el CS de Churcampa, su continuidad sigue siendo un esfuerzo que se sostiene principalmente en algunas personas. Actualmente se da la paradójica situación en la que el CS de Churcampa es un centro de pasantía premiado por su experiencia en atención en parto vertical, pero solo cuenta con un obstetra estable capacitado (por el Consorcio) y con experiencia como para ser tutor. Ello nos indica que el proceso de transferencia no se está llevando a cabo de manera eficiente o acorde a los continuos cambios de personal.

¹⁵ Calandria et. al. *Cerrando brechas-aproximando culturas: Un modelo de atención materno-perinatal*. Lima: Calandria. 2009.

- La salud intercultural en el CS de Churcampa no ha trascendido la sala de partos, lo que debilita sus posibilidades de mejorar la calidad de atención del CS y la relación entre las usuarias y proveedores.
- Salvo excepciones, se encontró una ausencia o tenue presencia de una perspectiva de derechos tanto por parte de proveedores como de usuarias respecto al servicio de atención del parto ofrecido por el CS de Churcampa. Ello favorece una interculturalidad instrumental entre proveedores (el fin principal es mejorar/mantener metas de parto institucional) y el poco involucramiento de la población con cambios en el servicio de atención del parto (por ejemplo, frente a la posibilidad de defender el parto vertical y la adecuación a sus costumbres como derecho que está legitimado en las normas).
- Poco o ningún involucramiento de las parteras y agentes comunitarias en el actual funcionamiento del servicio materno, lo que contrasta con las actividades promovidas por el Consorcio.
- Ausencia de otros actores del estado o la sociedad civil que estén dispuestos a defender o mantener lo logrado en el CS de Churcampa.

Frente a estos problemas, la Red de Salud Churcampa, con apoyo de Salud Sin Límites Perú y el Instituto de Estudios Peruanos impulsó, entre Julio y Diciembre del 2016, una intervención llamada “Fortaleciendo la Institucionalidad del Parto y la Salud Materna con Pertinencia Cultural y Enfoque de Derechos en la Red de Salud Churcampa”, cuyo objetivo principal fue fortalecer la experiencia de institucionalización del parto vertical con pertinencia intercultural en el centro de salud de Churcampa, disminuyendo su vulnerabilidad frente a cambios de personal y autoridades.

La implementación desarrolló acciones en cuatro campos:

1. Sensibilizar y fortalecer competencias (habilidades, conocimientos y actitudes) al personal del CS Churcampa y el personal con responsabilidades obstétricas de los EESS 1.3, sobre los aspectos socioculturales (enfoques de interculturalidad y derechos) en el trabajo en salud, con énfasis en tema de salud materna, y en aspectos técnicos y procedimentales de la atención del parto con pertinencia cultural.
2. Generar mecanismos de apoyo político normativo que faciliten la continuidad del servicio de salud materna con perspectiva intercultural y de derechos cuando se produzcan cambios de personal y autoridades.
3. Informar y sensibilizar a actores claves de la sociedad civil (Frente de Defensa del Pueblo, CONDECOS, ACS y parteras) para incrementar su comprensión sobre la importancia de la interculturalidad y los derechos en el trabajo en salud, en especial de la salud materna, de manera que renueven su respaldo a la experiencia.
4. Promover la salud intercultural como un derecho en la provincia a través de acciones de Información, Educación y Comunicación.

III.SOBRE LOS CONTENIDO DE LA POLÍTICA

El trabajo señalado se sintetiza en la propuesta de **POLÍTICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO Y DEL RECIÉN NACIDO CON ENFOQUE INTERCULTURAL EN LA RED DE SALUD DE CHURCAMP**, la misma que incorpora los siguientes contenidos:

- 3.1. Estandarización de los criterios para la selección y contratación de personal de salud involucrado en la atención del parto y del recién nacido (ver Anexos 2, 3 y 4).
- 3.2. Formación del personal de salud de la zona en salud intercultural desde un enfoque de derechos y en competencias sobre fundamentos técnicos y procedimentales en la atención del parto vertical con pertinencia intercultural. Se establece su obligatoriedad para nuevos trabajadores/as (inducción) y antiguos/as trabajadores/as (fortalecimiento) (ver Anexos 5 y 6).
- 3.3. Estandarización de la atención del parto vertical y del recién nacido con un enfoque intercultural y de derechos. Se establece su obligatoriedad para nuevos trabajadores/as (inducción) y antiguos/as trabajadores/as (fortalecimiento) (ver Anexos 7 y 8).
- 3.4. Coordinación directa y trabajo conjunto con instituciones de la sociedad civil de la zona desde un enfoque intercultural y de derechos (ver Anexo 9).
- 3.5. Coordinación directa y trabajo conjunto con las parteras y los promotores de salud de la zona reconociendo sus conocimientos e importancia en la comunidad (ver Anexo 10).
- 3.6. Elaboración de material comunicativo dirigido a las gestantes y al personal de salud, poniendo énfasis en la información sobre los derechos de las usuarias de los servicios de salud de acuerdo a la normativa vigente (ver Anexo 11).
- 3.7. Estandarización de los criterios en salud intercultural que deben cumplir los establecimientos de salud que brinden atención integral en la gestación, parto y puerperio (ver Anexo 12).

IV. ACUERDOS

Vista la problemática y los productos desarrollados para enfrentarla, las partes acuerdan lo siguiente:

INSTITUTO DE ESTUDIOS PERUANOS

- Se compromete, en la medida que cuente con recursos disponibles, a continuar realizando investigación que contribuya a la implementación y la mejora de la **POLÍTICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO Y DEL RECIÉN NACIDO CON ENFOQUE INTERCULTURAL EN LA RED DE SALUD CHURCAMP**A, así como en otros temas vinculados a la salud intercultural y de los pueblos originarios.

SALUD SIN LÍMITES PERÚ

- Se compromete, en la medida de sus posibilidades, a buscar financiamiento y comprometer recursos institucionales para apoyar la implementación y hacer seguimiento a la puesta en práctica de la **POLÍTICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO Y DEL RECIÉN NACIDO CON ENFOQUE INTERCULTURAL EN LA RED DE SALUD CHURCAMP**A;
- Se compromete, en la medida de sus posibilidades, a buscar financiamiento y comprometer recursos institucionales para apoyar la formulación y el desarrollo de investigación alrededor de la problemática de la **POLÍTICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO Y DEL RECIÉN NACIDO CON ENFOQUE INTERCULTURAL EN LA RED DE SALUD CHURCAMP**A.
- Trabajar en la búsqueda del establecimiento de lazos institucionales entre el servicio de salud de la Red de Salud Churcampa y sus establecimientos y entidades privadas o públicas cuyo fin sea la investigación.

UNIDAD OPERATIVA DE LA RED DE SALUD CHURCAMP

- Se compromete a reglamentar a nivel Red la POLÍTICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO Y DEL RECIÉN NACIDO CON ENFOQUE INTERCULTURAL EN LA RED DE SALUD DE CHURCAMP.
- Se compromete a elevar la POLÍTICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO Y DEL RECIÉN NACIDO CON ENFOQUE INTERCULTURAL EN LA RED DE SALUD DE CHURCAMP, a nivel DIRESA para su reglamentación.
- Se compromete a implementar la POLÍTICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO Y DEL RECIÉN NACIDO CON ENFOQUE INTERCULTURAL EN LA RED DE SALUD DE CHURCAMP, dentro del ámbito de su jurisdicción, lo cual incluye:
 - Adecuar el cronograma de la política para garantizar la realización de los cursos de inducción en interculturalidad.
 - Fomentar dentro de su jurisdicción el conocimiento y uso de los protocolos desarrollados en el marco del proyecto “Fortaleciendo la Institucionalidad del Parto y la Salud Materna con Pertinencia Cultural y Enfoque de Derechos en la Red de Salud Churcampa”, incluidos en la POLÍTICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO Y DEL RECIÉN NACIDO CON ENFOQUE INTERCULTURAL EN LA RED DE SALUD DE CHURCAMP.
 - La responsable de la estrategia de salud de los pueblos indígenas programará y desarrollará 2 actividades anuales de diálogo horizontal entre parteras y el servicio de salud, reconociendo el valor de los saberes tradicionales y de los terapeutas de los pueblos originarios, buscando la articulación de las prácticas de cuidado de la gestante y el intercambio de conocimientos.
 - La responsable de la estrategia materno neonatal hará seguimiento al cumplimiento del perfil de servicios de salud con pertinencia intercultural, garantizando así el derecho a la salud y a la propia cultura.
 - El director de la Red de Salud Churcampa coordinará el trabajo de vigilancia de la salud con los representantes de la sociedad civil, programando y estableciendo un espacio de reunión y fortaleciendo las capacidades de vigilancia bajo una perspectiva de derechos, interculturalidad y calidad.
 - Difundir el derecho al parto con pertinencia cultural y la atención humanizada del recién nacido entre la población de Churcampa, haciendo uso del material comunicacional que la política propone.
 - Programar anualmente el monitoreo de las acciones de implementación de la POLÍTICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO Y DEL RECIÉN NACIDO CON ENFOQUE INTERCULTURAL EN LA RED DE SALUD CHURCAMP.
 - Identificar aspectos claves para el acompañamiento en el cumplimiento de la POLÍTICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO Y DEL RECIÉN NACIDO CON ENFOQUE INTERCULTURAL EN LA RED DE SALUD CHURCAMP.

CENTROS DE SALUD

- Participar en las capacitaciones programadas por la Red de Salud Churcampa para la vigilancia de los servicios de salud, el diálogo entre los Terapeutas

- Cumplir el perfil de servicios de salud con pertinencia intercultural, garantizando así el derecho a la salud y a la propia cultura.
- Participar y ejecutar dos actividades anuales de diálogo horizontal entre parteras y el servicio de salud, reconociendo el valor de los saberes tradicionales y de los terapeutas de los pueblos originarios, buscando la articulación de las prácticas de cuidado de la gestante y el intercambio de conocimientos.
- La jefatura de los establecimientos de salud coordinará con los responsables de promoción de la salud, salud familiar y pueblos indígenas el desarrollo del trabajo de vigilancia de la salud con los representantes de la sociedad civil, programando y estableciendo un espacio de reunión y fortaleciendo las capacidades de vigilancia bajo una perspectiva de derechos, interculturalidad y calidad
- Bajo la dirección del jefe del establecimiento, el personal de salud capacitado en interculturalidad, atención del parto con pertinencia cultural y atención del recién nacido en parto con pertinencia cultural, programará y desarrollará dos veces al año la réplica de estas capacitaciones hacia el personal nuevo del establecimiento.

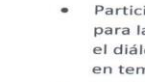
SOCIEDAD CIVIL DE CHURCAMP


Participar en la capacitación programada por la Red de Salud Churcampa y otros actores para la vigilancia del cumplimiento de los derechos de la gestante y el recién nacido y para el diálogo entre Terapeutas Tradicionales y los Servicios de Salud de Churcampa, así como en temas de alimentación, desnutrición, y otros de interés de la comunidad.


Incluir dentro de los objetivos de su organización, o de su labor, las tareas de vigilancia arriba señaladas, coordinadas con los servicios de salud.


Derivar en caso de emergencia a los pacientes hacia los servicios de salud.


Siendo el martes 31 de enero del 2017, acuerdan estos compromisos los abajo firmantes,



Daniel Sánchez Gómez
DIRECTOR
Red de Salud



Carlos Yan Leou
Instituto de Estudios Peruanos (IEP).



Margarita N.
COP 22054
Obst. Margot N.
Responsable SS YEP.



Elba Chulluncuy Madueño
OBSTETRA
COP: 15208
C.S. ANCO.



Juan Carlos Huamán
COP 14387
JANS HUANCOS.



Rosa N. C.R.
41069146



Francisco Schmeig
COP 1984729



Mariana Meléndez Huamán
ENFERMERA
COP 53523 - DNI 42357559



Elba Chulluncuy Madueño
OBSTETRA
COP: 15208



Margarita Humareda Tortero



Juan Carlos Huamán
COP 14387
JANS HUANCOS.


Rosa N. C.R.
41069146


Francisco Schmeig
COP 1984729


Mariana Meléndez Huamán
ENFERMERA
COP 53523 - DNI 42357559


Elba Chulluncuy Madueño
OBSTETRA
COP: 15208


Margarita Humareda Tortero

- **Nota de prensa.**

<https://www.facebook.com/9089667466/photos/a.10150278091282467.337420.9089667466/10154298000052467/?type=3&theater>

- **Fotos de la reunión.**

Entrega de política para atención de parto y del recién nacido con enfoque intercultural en la Red de Salud Churcampa



Carmen Yon investigadora del IEP, entrega política a partera de comunidad de Churcampa



Gerardo Seminario, investigador de SSLP entrega personal de salud del CS de Churcampa

4.8. Presentación del módulo intercultural de educación alimentaria en Ayacucho

- Programa de la presentación

*Instituto de Estudios Peruanos
Centro de Culturas Indígenas del Perú CHIRAPAQ*

Viernes 13 de octubre del 2017
Auditorio del Gobierno Regional de Ayacucho (Jr. Callao 122 - Ayacucho)

9:00 a.m.-9:20 a.m.	Palabras de bienvenida	<ul style="list-style-type: none"> Lic. Jonatan Castillo Pomasoncco – Gerente de Desarrollo Social – Gobierno Regional Carmen Yon – Investigadora del IEP Edwin Conisslla – Coordinador de Chirapaq en Ayacucho
9:20 a.m.-10:20 a.m.	Presentación del Módulo Educativo Sobre Nutrición con perspectiva intercultural	<ul style="list-style-type: none"> Anicé Rimari – Programa de Seguridad y Soberanía Alimentaria - Chirapaq Promotores/as de las comunidades del distrito de Saurama y Huambalpa
10:20 a.m.-11:50 a.m.	Comentarios de autoridad	<ul style="list-style-type: none"> Obs. Marisol Marquina de la Gerencia de Desarrollo Social. Dr. Gualberto Segovia Meza de la Dirección Regional de Salud de Ayacucho. <ul style="list-style-type: none"> Enf. Georgina Icochea Martel de la Escuela de Enfermería del Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga. Lic. Eufemio Macedo, Vice Decano del Consejo Nacional de Nutricionistas del Perú Tania Pariona – Congresista del Perú
11:50 a.m.-12:00 a.m.	Relatoría y agenda pendiente	<ul style="list-style-type: none"> Dra. Carmen Yon – Investigadora de IEP
12:00 a.m.-12:30 a.m.	Preguntas e intervenciones del público invitado y respuestas de los ponentes	
12:30 a.m.- 1:00 p.m.	Clausura	

- Número y tipo de participantes en presentación del módulo

<i>Institución/organización de procedencia</i>	<i>Participantes</i>
<i>Instituciones públicas</i>	
Gobierno Regional de Ayacucho	2
Consejo Regional del Gobierno Regional de Ayacucho	2
Dirección Desconcentrada de Cultura de Ayacucho	1
Dirección Regional Agraria de Ayacucho	1
Dirección Regional de Salud de Ayacucho	3
Establecimientos de salud	2
Seguro Social de Salud del Perú-EsSalud Ayacucho	1
Programa Juntos Ayacucho-Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social	1
Sub Prefectura Regional de Ayacucho	1
Policía Nacional del Perú	2
Municipalidades provinciales y distritales	7

<i>Institución/organización de procedencia</i>	<i>Participantes</i>
<i>Instituciones de la sociedad civil y otras organizaciones</i>	
Medios de comunicación	2
Agente comunitarios/promotores	2
Pobladores	8
Congreso de la República	2
ONG/Asociaciones	20
Federaciones/Redes	13
Profesionales independientes	1
Universidades/institutos (docente y alumnos)	12
CHIRAPAQ	5
IEP	2
Total de participantes	90

- **Notas de prensa de la presentación**

<https://www.facebook.com/taniacongresista/posts/1826309170994012>

<http://chirapaq.org.pe/es/ayacucho-presentan-modulo-para-combatir-desnutricion-infantil>

<https://www.facebook.com/CNPOficial/posts/1528723037174345>

- **Fotos de la presentación**



Palabras de bienvenida de Edwin Conisslla de Chirapaq Ayacucho, Carmen Yon, investigadora del IEP y de la representante del Gobierno Regional de Ayacucho.



Orlando Ramírez, promotor comunal de Vilcas Huamán y a Anicé Rimari de Chirapaq presentan el Módulo con la moderación de la congresista Tania Pariona.

ANEXO 5. INNOVACIONES IDENTIFICADAS

5.1. I Encuentro de enfermeros técnicos en salud intercultural amazónica de AIDSESEP y autoridades del gobierno central

- **Programa**

Fechas: 28, 29 y 30 de mayo de 2016.
 Lugar: Av. Belén 245, Miraflores (Casa Paget). Lima.
 Organizado por: IEP y AIDSESEP, con la colaboración de la Dirección de Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud y el Viceministerio de Interculturalidad del Ministerio de Cultura.
 Responsables: IEP: Carmen Yon, Carolina Goyzueta y Rosario Salas.
 AIDSESEP: Mónica Sicchar y Nery Zapata.

Sábado 28 de mayo: Aprendizajes y experiencias en salud intercultural

Horario	Actividad	Expositores/Facilitadores
8:30-9:00	Registro de los participantes y entrega de materiales.	
9:00-9:15	Bienvenida y presentación del Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural-AIDSESEP.	Nery Zapata-dirigenta Nacional Responsable de Salud de AIDSESEP
9: 15: 9:25	Palabras de bienvenida del IEP.	Patricia Zárate-directora general (a.i.) del IEP
9:25-9:40	Presentación de objetivos y programa del Encuentro en el marco del proyecto Salud de los PPII, inequidades sociales e interculturalidad del IEP.	Carmen Yon- coordinadora del proyecto Salud de los PPII, inequidades sociales e interculturalidad del IEP
9: 40-9:50	Palabras de bienvenida del Ministerio de Salud-MINSA.	Ángel Gonzales-Dirección de Pueblos Indígenas del MINSA
9:50-10:00	Palabras de bienvenida del Ministerio de Cultura-MINCU.	Juan Reátegui – especialista en salud del MINCU
10:00-10:45	Presentación y expectativas de los participantes.	Cynthia Cárdenas y Mónica Sicchar
10.45-11:25	Video: <i>De médicos y sheripiaris</i> . Experiencias de formación en salud intercultural.	Cynthia Cárdenas (enf. técnicos) Gerardo Seminario (funcionarios)
11:25-11:30	Café	
11:30-12:30	Trabajo grupal: ¿qué es y cómo creen que se puede poner en práctica la salud intercultural? SESIONES PARALELAS: Grupo 1: Enfermeros técnicos en salud intercultural Grupo 2: Funcionarios de DIRESA y redes	Cynthia Cárdenas, Mónica Sicchar y Carmen Yon (grupo de enfermeros técnicos) Gerardo Seminario, Ángel Gonzales y Carolina Goyzueta (grupo de funcionarios)
12:30-1:15	Plenaria	C. Cárdenas y C. Yon (enfermeros técnicos) G. Seminario y A. Gonzales (funcionarios)
1:15-2:30	Almuerzo	
2:30-3:30	Trabajo grupal: situaciones cotidianas en que pueden (o no) aplicar prácticas relacionadas con la salud intercultural en sus establecimientos de salud SESIONES PARALELAS	Cynthia Cárdenas, Mónica Sicchar y Carmen Yon (grupo de enfermeros técnicos) Gerardo Seminario, Ángel Gonzales y Carolina Goyzueta (grupo de funcionarios)

3:30-4:35	Plenaria SESIONES PARALELAS	Cynthia Cárdenas, Mónica Sicchar y Carmen Yon (grupo de enfermeros técnicos) Gerardo Seminario, Ángel Gonzales y Carolina Goyzueta (grupo de funcionarios)
4:35-4:45	Café	
4:45-6:00	Propuestas para fortalecer a los enfermeros técnicos y su vínculo con organizaciones indígenas (enfermeros técnicos)	Nery Zapata/ Bernabé Impi - AIDSESP Mónica Sicchar - AIDSESP Carolina Goyzueta – IEP
	Reflexión sobre valoración y aportes de los enfermeros técnicos en salud intercultural (funcionarios)	Ángel Gonzales-MINSA Carmen Yon-IEP
6:00-6:30	Resumen de la discusión del primer día	Carmen Yon y Gerardo Seminario

**Domingo 29 de mayo: Formas de relación con la medicina indígena /
Política y propuestas para implementar la salud intercultural**

Horario	Actividad	Expositores/Facilitadores
9:00-9:30	Recapitulación de la sesión anterior	Carmen Yon y Carolina Goyzueta
9:30-10:45	Trabajo grupal: Sociodrama sobre desencuentros y conflictos. Valoración y formas de relación con la medicina indígena amazónica y sus especialistas.	Cynthia Cárdenas, Mónica Sicchar y Carmen Yon (enfermeros técnicos) Gerardo Seminario, Ángel Gonzales y Carolina Goyzueta (funcionarios)
10:45-11:15	Plenaria conjunta.	Gerardo Seminario y Mónica Sicchar
11:15-11:30	Café	
11:30-1:00	Conversatorio con maestro Fermín Murayari: Prácticas preventivas y curativas de la medicina indígena. Encuentros y desencuentros con la medicina biomédica y sus especialistas.	Fermín Murayari – <i>Sheripiari</i> del pueblo yine Facilitadora: Cynthia Cárdenas
1:00-2:30	Almuerzo	
2:30-3:15	Presentación de la política sectorial de salud intercultural y de la Dirección de Pueblos Indígenas del MINSA. Exposición y preguntas. ¿Qué ha cambiado?	Omar Trujillo – director de la Dirección de Pueblos Indígenas del MINSA
3:15-4:15	Intercambio de experiencias y propuestas (entre enfermeros técnicos y funcionarios) sobre cómo implementar la salud intercultural en el marco de la nueva política sectorial. Trabajo grupal para definir actividades y elaborar propuestas que permitan implementar la política de salud intercultural por región.	Pautas para elaborar propuestas: Ángel Gonzales - Dirección de Pueblos Indígenas-MINSA Trabajo de grupos: Cynthia y Carmen (Amazonas) Mónica y Ángel (Atalaya) Gerardo y Carolina (Nauta)
4:15-4:30	Café	
4:30-6:00	Presentación en plenaria de propuestas para implementar la política sectorial de salud intercultural con PPII en su región. Versión preliminar a ser afinada luego de su discusión.	Mario Tavera – Asesor de la Dirección de Pueblos Indígenas del MINSA Nery Zapata – dirigente Nacional Resp. de Salud de AIDSESP Facilitadores: Gerardo Seminario/Ángel González
6:00-6:30	Conclusiones y acuerdos del segundo día.	Carmen Yon y Gerardo Seminario

Lunes 30 de mayo: Inserción de enfermeros técnicos del PFTESIA en el sector salud/Protocolos y estrategias de trabajo comunitario en vacunación y VIH /Compromisos

Horario	Actividad	Expositores/Facilitadores
8:30-9:00	Recapitulación de la sesión anterior	Carmen Yon y Ángel Gonzales
9:00-10:30	Dificultades y oportunidades para la inserción en el Sector salud de los enfermeros técnicos egresados del PFTESIA.	Ángel González Dirección de Pueblos Indígenas del MINSA y Cynthia Cárdenas
10:30-12:30	Actualización en protocolos de vacunación. Reflexión e intercambio de estrategias sobre cómo abordar formas de pensar de la población y situaciones de desconfianza o rechazo a la vacunación.	José Espinoza-especialista de la Estrategia de Inmunizaciones del MINSA Mario Tavera –asesor de la Dirección de Pueblos Indígenas del MINSA
12:30-1.45	Almuerzo	
1:45-3:15	Actualización en protocolos para la prevención y tratamiento del VIH. Reflexión e intercambio de estrategias sobre cómo abordar las formas de pensar de la población respecto a la prevención y situaciones de desconfianza o rechazo al tratamiento del VIH.	Carlos Benítez-coordinador nacional de la Estrategia de VIH del MINSA Mario Tavera –asesor de la Dirección de Pueblos Indígenas del MINSA
3:15-3:30	Café	
3:30-5:00	Presentación de propuestas y acuerdos para implementar la salud intercultural en pueblos indígenas amazónicos. Comentarios y compromisos de autoridades.	Omar Trujillo-director de la Dirección de Pueblos Indígenas del MINSA Patricia Balbuena- viceministra de Interculturalidad del Ministerio de Cultura James Matos –Dirección de Educación Intercultural Bilingüe del Ministerio de Educación Nelly Huamaní- Dirección General de Presupuesto Público del MEF Daniel Sánchez-jefe del Programa de Pueblos Indígenas de la Defensoría del Pueblo Moderadoras: Carmen Yon/Nery Zapata
5:00-5:15	Clausura del evento	Nery Zapata-AIDSESP Carmen Yon-IEP

- **Número y tipo de participantes del Encuentro**

Participantes por procedencia	Participantes
Enfermeros técnicos en Salud intercultural	
. Egresados del Proyecto de Bagua	10
. Egresados del Proyecto de Atalaya	9
. Egresados del Proyecto de Nauta	5
Médico indígena de Ucayali	1
Funcionarias DIRESAS de Amazonas, Loreto y Ucayali	3
Representantes del gobierno central	
. Defensoría del Pueblo	1
. Ministerio de Cultura	3
. Ministerio de Educación	1
. Ministerio de Salud	5
. Ministerio de Economía y Finanzas	1
AIDSESEP	2
Asesores pedagógicos y directoras del Programa de AIDSESEP	6
IEP	5
Otros participantes	3
Total	55

- **Notas de prensa del Encuentro**

https://www.facebook.com/institutodeestudiosperuanos/photos/?tab=album&album_id=1282678135095485

<https://www.facebook.com/institutodeestudiosperuanos/photos/a.1282678135095485.1073742011.168040359892607/1282678468428785/?type=3&theater>

<http://www.aidesep.org.pe/profesionales-indigenas-en-salud-exigen-implementacion-de-la-politica-sectorial-de-salud-intercultural/>

- **Fotos del Encuentro**



Nery Zapata, dirigente de AIDSESEP y Patricia Zárate, investigadora del IEP en la bienvenida a los participantes.



Carmen Yon, investigadora del IEP presentando los objetivos del Encuentro, Angel Gonzáles del Ministerio de Salud y Juan Reátegui del Ministerio de Cultura en la bienvenida a los participantes.

Enfermeros técnicos en salud intercultural amazónica egresados del Programa de AIDSESP

Egresados el Proyecto de Nauta



Egresados del Proyecto de Bagua

Egresados el proyecto de Atalaya





Mesa final con representantes del gobierno central



Gerardo Tukup presenta las propuestas y acuerdos trabajados durante el Encuentro para implementar la salud intercultural en pueblos indígenas amazónicos.

- **Video de presentación de propuestas y acuerdos para implementar la salud intercultural en pueblos indígenas amazónicos.** I Encuentro de Egresados del Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica de AIDSESP:
<https://www.youtube.com/watch?v=4s2M8V6YuGc>
- **Video de testimonios de enfermeros técnicos en salud intercultural.** I Encuentro de Egresados del Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica de AIDSESP:
<https://www.youtube.com/watch?v=C9zvHdmjMuw>
- **Memorial a autoridades de participante al I Encuentro de Egresados del Programa de Formación de enfermeros técnicos en salud intercultural Amazónica de AIDSESP:**
<http://www.aidesep.org.pe/wp-content/uploads/2017/10/Memorial-Enfermeros-Técnicos-AIDSESP-mayo-2016.pdf>

5.2. Formación de la Asociación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica del Perú. Acta de constitución, aprobación de estatuto y elección de junta directiva.

ACTA DE CONSTITUCIÓN, APROBACIÓN DE ESTATUTO Y ELECCIÓN DE JUNTA DIRECTIVA DE LA ASOCIACIÓN DE ENFERMEROS TÉCNICOS EN SALUD INTERCULTURAL AMAZÓNICA DEL PERÚ

A los 25 días del mes de mayo del año 2016, a las 16:00 horas, se reunieron en Av. San Eugenio 981, distrito de la Victoria, provincia y región de Lima; las personas que firman al final del presente documento, enfermeros técnicos egresados de los proyectos de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica - PFETSIA y FORTENIA de AIDSESP, actuó como director de debates el señor **Neire Unkuch Jempekit**, siendo elegido por los concurrentes, quien expresó que para un mejor desarrollo de la reunión se defina los puntos a tratar, proponiendo los siguientes:

1. Constitución de la Asociación.
2. Aprobación del Proyecto de Estatuto.
3. Elección de la Junta Directiva.
4. Designación de representante (es) para la firma de la minuta y escritura pública de constitución.

Luego de una breve deliberación la propuesta fue aprobada por unanimidad.

1. CONSTITUCIÓN DE LA ASOCIACIÓN

Acto seguido, el director de debates, señaló que con respecto al primer punto de la agenda, que es una necesidad de formalizar las conversaciones habidas anteriormente entre todos los presentes y hacer realidad la constitución de una Asociación que centralice a los enfermeros técnicos indígenas con formación en Salud Intercultural cuyo principio básico es la defensa y promoción del derecho a la salud intercultural y de los planes de vida de los pueblos indígenas amazónicos del Perú, después de un intercambio de opiniones se acordó, por unanimidad fundar una Asociación con la denominación de : **ASOCIACIÓN DE ENFERMEROS TÉCNICOS EN SALUD INTERCULTURAL AMAZÓNICA DEL PERÚ.**

2. APROBACIÓN DEL PROYECTO DE ESTATUTO.

A continuación, el director de debates expresó que, habiéndose aprobado la constitución de la Asociación, era necesario contar con un Estatuto que norme la vida institucional de nuestra organización, poniendo a consideración de los concurrentes el proyecto de Estatuto siguiente:

ESTATUTO

TÍTULO I. DECLARACION DE PRINCIPIOS

Artículo 1°. La “Asociación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural de la Amazonía Peruana” constituye el organismo centralizador de los enfermeros técnicos indígenas con formación en Salud Intercultural y tiene como principio básico la defensa y promoción del derecho a la salud intercultural y de los planes de vida de los pueblos indígenas amazónicos del Perú.

Artículo 2°. La “Asociación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural de la Amazonía Peruana” asume como base de su organización los objetivos de las organizaciones indígenas amazónicas en relación con la salud, como son:

- a) Desarrollar y fortalecer los sistemas de salud de los pueblos indígenas de la amazonía peruana.
- b) Recuperar y desarrollar los conocimientos y las tecnologías de salud de los pueblos indígenas de la amazonía peruana.
- c) Proporcionar recursos humanos indígenas con formación en salud intercultural como interlocutores entre las comunidades y el Estado.
- d) Mejorar la salud y la atención de la salud de los pobladores de las comunidades nativas amazónicas.

Artículo 3°. La “Asociación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural de la Amazonía Peruana” es una organización autónoma, soberana, legítima, plural y representativa a nivel nacional de los Enfermeros Técnicos con formación en Salud Intercultural Amazónica. También son nuestros aliados, otros profesionales indígenas amazónicos de la salud, los sabios y especialistas indígenas amazónicos y los líderes y dirigentes del área de salud de las organizaciones indígenas amazónicas.

Artículo 4°. La “Asociación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural de la Amazonía Peruana” coordina con la AIDSESP y las organizaciones indígenas locales y regionales; respetando el organigrama y jerarquía de estas, los temas relacionados a la salud de la población indígena amazónica.

TITULO II. DE LA CONSTITUCIÓN, SEDE, DURACIÓN, NOMBRE

Artículo 5°. La “Asociación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural de la Amazonía Peruana” se constituye como una asociación civil sin fines de lucro sujeto a derecho privado al amparo del Art. 2 Inc. 13 de la Constitución Política del Perú; Art. 2do Inc. 1ro de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Regulándose por lo dispuesto en el Código Civil Art. 80 y siguientes y demás normas aplicables y concordantes a este tipo de organización y en el Convenio 169 – OIT en lo que corresponda.

Artículo 6°. El domicilio Legal de la “Asociación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural de la Amazonía Peruana” es la ciudad de Trompeteros, provincia de Loreto, región Loreto. Debiendo establecerse de manera rotativa, de acuerdo con el lugar de residencia del presidente electo.

Artículo 7°. La duración de la “Asociación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural de la Amazonía Peruana” es indefinida, considerándose como fecha de inicio a partir de su constitución e inscripción inicial obtenida en los Registros Públicos, con la denominación de la **ASOCIACION DE ENFERMEROS TECNICOS EN SALUD INTERCULTURAL DE LA AMAZONÍA PERUANA** cuyas siglas son “AETSIA”.

Artículo 8º. La AETSIA se regirá por el presente estatuto concordante con las normas legales vigentes. Los casos no previstos por las normas se regirán por los principios generales de la AETSIA y a falta de ellos por el derecho consuetudinario y común.

Artículo 9º. Para el logro de sus propósitos la AETSIA podrá celebrar convenios y aceptar donaciones de cualquier índole sean personas naturales y jurídicas, tanto nacionales o internacionales sin condiciones y sin afectar nuestros principios, el presente estatuto, nuestra organización ni a las organizaciones indígenas.

TITULO III. FINES Y OBJETIVOS

Artículo 10º. La AETSIA tiene por finalidad organizar a los enfermeros técnicos indígenas con formación en salud intercultural para mejorar sus condiciones laborales e implementar propuestas e instrumentos de salud intercultural para mejorar la salud de los pobladores de las comunidades nativas amazónicas y de la población en general.

Artículo 11º. Son objetivos de la AETSIA:

- a) Promover el respeto de los derechos indígenas lo que se refiere a la salud intercultural y el bienestar de los pueblos indígenas amazónicos.
- b) Desarrollar los conocimientos indígenas de salud en diálogo con los conocimientos occidentales, así como la investigación sobre su importancia.
- c) Apoyar a nuestra organización AIDSEP, en todos sus niveles, con aportes técnicos para el desarrollo de la salud intercultural.
- d) Proponer instrumentos, ordenanzas, resoluciones para la promoción e implementación de la salud intercultural.
- e) Gestionar el contrato y/o nombramiento en los establecimientos de salud de los enfermeros técnicos interculturales, así como la designación de sus miembros como coordinadores de salud indígena en los diferentes niveles de gestión.
- f) Exigir una remuneración digna y garantizar las bonificaciones (nombrados y contratados) por alta especialización y para los que laboran en zona de frontera y rural.
- g) Gestionar la profesionalización universitaria de los enfermeros técnicos interculturales, así como capacitaciones en medicina indígena y medicina convencional para los asociados y aliados.
- h) Promover el reconocimiento de los especialistas indígenas y agentes comunitarios (para que puedan ser parte del Cuadro de Asignación del Personal).
- i) Proponer la incorporación en los currículos escolares los conocimientos y tecnologías de salud indígena intercultural.

TITULO IV. DE LOS ASOCIADOS

Artículo 12º. Son asociados plenos de la AETSIA los enfermeros y enfermeras técnicos indígenas formados en salud intercultural amazónica. Son asociados fraternos otros profesionales técnicos indígenas de la salud (enfermeros/as técnicos, técnicos en laboratorio, técnicos dentales o similares); los y las profesionales técnicos de la salud no indígenas, con formación en Salud Intercultural; los y las sabios (as) de los pueblos indígenas amazónicos y los promotores indígenas comunales de salud, que paulatinamente pueden incorporarse a nuestra organización. El personal mencionado podrá asociarse en instancias regionales.

Artículo 13º. Para la inscripción como asociados plenos se deberán cumplir los siguientes requisitos:

- a) Tener título o certificados de estudios superiores en Enfermería Técnica en Salud Intercultural Amazónica o similar según región.
- b) Pertenecer a un pueblo indígena amazónico.
- c) Comprometerse a cumplir con el presente Estatuto. Cualquier miembro pleno de la asociación podrá retirarse cuando lo considere conveniente mediante notificación escrita dirigida a la Junta Directiva para la tratativa administrativa.
- d) Solicitar por escrito a la Junta Directiva Nacional su ingreso mediante la suscripción en el Padrón de Asociados, adjuntando copia del título profesional y/o certificados de estudios superiores en salud intercultural amazónica y copia del DNI. La admisión o exclusión de los miembros de AETSIA será resuelta por la asamblea de asociados ordinaria o extraordinaria.

Artículo 14°. Para la inscripción como asociados fraternos se deberán cumplir los siguientes requisitos:

- a) Comprometerse a cumplir con el presente Estatuto.
- b) Solicitar su admisión a la Junta Directiva Nacional a través de un asociado pleno, quién deberá sustentar la solicitud, además de adjuntar la copia del título, diploma y/o certificados de estudios correspondientes y la copia del DNI.
- c) Profesionales técnicos indígenas:
 - c.1. Tener título de Técnico (a) en Enfermería, Terapia Física, Laboratorio, Dental u otra profesión técnica en salud.
 - c.2. Laborar en establecimientos de salud que atiende a población indígena amazónica.
 - c.3.a y b del presente artículo.
- d) Profesionales técnicos no indígenas:
 - d.1. Tener título, diploma o certificados de estudios (no menor a un año) en Salud Intercultural Amazónica.
 - d.2. Laborar en establecimientos de salud que atiende a población indígena amazónica.
 - d.3. a y b del presente artículo.
- e) Especialista o sabio (a) indígena:
 - e.1. Desempeñarse como especialistas o sabio (a) en salud en una comunidad nativa amazónica.
 - e.2. Tener reconocimiento de su comunidad y/o autoridades comunales como sabio (a) o especialista.
- f) Promotor comunal de salud
 - f.1. Ser promotor comunal activo o en servicio en una comunidad nativa amazónica.
- g) Cualquier miembro fraterno de la asociación podrá retirarse cuando lo considere conveniente mediante notificación escrita dirigida a la Junta Directiva para la tratativa administrativa. La admisión o exclusión de los miembros de AETSIA será resuelta por la asamblea de asociados ordinaria o extraordinaria

Artículo 15°. Son obligaciones de los asociados plenos:

- a) Contribuir al cumplimiento de los principios, finalidad y objetivos de la Asociación.
- b) Cumplir y hacer cumplir las disposiciones del presente Estatuto y responsabilidades que le serán asignadas por nuestra organización. Así como acatar los acuerdos de la Junta Directiva Nacional.
- c) Participar puntualmente en las asambleas, sesiones y actividades de la AETSIA.
- d) Ejercer las funciones y tareas que se le confiere previa aceptación y salvo impedimento legal o de fuerza mayor.
- e) Velar por el prestigio de AETSIA contribuyendo a la buena gestión en forma eficiente y responsable.
- f) Apoyar las acciones y actividades de defensa y promoción de la salud intercultural en las organizaciones indígenas de su jurisdicción.
- g) Denunciar casos de corrupción, usufructo personal o de grupo en desmedro de la AETSIA

Artículo 16°. Son obligaciones de los asociados fraternos, los incisos a,d,e,f del artículo 15 del presente Estatuto.

Artículo 17°. Son derechos de los asociados plenos:

- a) Elegir y ser elegidos para integrar los cargos directivos y/o comisiones de trabajo.
- b) Realizar con la AETSIA las acciones propias de sus fines y objetivos.
- c) Fiscalizar el cumplimiento del estatuto, así como la gestión social y cultural.
- d) Recibir periódicamente informes sobre la gestión y desempeño de las actividades de la AETSIA.
- e) Asistir y participar con voz y voto en todas las reuniones de carácter general, ejerciendo este derecho personalmente.
- f) Examinar y fiscalizar los libros de Actas, Padrón, Contables y otros; así como los inventarios y balances de los mismos, de acuerdo a las normas y procedimientos que establece el reglamento.
- g) Gozar de la protección por parte de la asociación en caso de ilegítimo menoscabo de su dignidad, estabilidad personal, profesional y demás derechos que su condición le confiere.

Artículo 18°. Son derechos de los asociados fraternos, asistir y participar con voz en las reuniones, además de los incisos b, d, g del presente Estatuto.

Artículo 19°. Se pierde la calidad de asociado por:

- a) Fallecimiento
- b) Renuncia escrita dirigida al presidente y aceptada por la Junta Directiva Nacional.
- c) Separación pronunciada por la Junta Directiva Nacional por las siguientes causales:
 - Actuar contra sus principios, fines, objetivos, estatuto, autonomía, nuestra cultura ancestral e intereses de las organizaciones indígenas.
 - Aprovechar la condición de asociado para negociar con terceros o usufructuar indebidamente.
 - Por apropiación ilícita del patrimonio de la asociación.
 - Por haber infringido las cláusulas del Artículo 14° del presente Estatuto.

Artículo 20°. Las faltas cometidas por los asociados serán sancionadas de acuerdo con su gravedad:

- a) Amonestación.
- b) Suspensión.
- c) Separación definitiva.

TITULO V. DE LA ESTRUCTURA ORGÁNICA

Artículo 21°. La estructura orgánica de la AETSIA es la siguiente:

- a) La Asamblea General de Asociados.
- b) Las asambleas regionales.
- c) La Junta Directiva Nacional.
- d) Las Juntas Directivas Regionales

Artículo 22°. La Asamblea General de Asociados está constituida por los asociados plenos y fraternos, y, es el órgano de mayor jerarquía de la institución.

Artículo 23°. La Asamblea General de Asociados ejerce sus atribuciones sólo cuando se reúne en sesión, sujeta a las siguientes normas:

- a) Es el órgano de mayor jerarquía de la Asociación y sus decisiones, tomadas de acuerdo al Estatuto y a la Ley. La Asamblea de la AETSIA se lleva a cabo con la participación de la mitad más uno de sus asociados plenos. La Asamblea General de Asociados elegirá entre sus miembros a los integrantes del Junta Directiva Nacional, por un periodo de 02 años calendarios, pudiendo ser reelegidos sólo por un periodo más.
- b) La Asamblea General de Asociados es convocada por el presidente de la Junta Directiva Nacional en los casos previstos en este Estatuto o cuando lo acuerde la mitad más uno de sus integrantes. La convocatoria se realizará mediante citaciones escritas, correos electrónicos o contacto telefónico registrado, con un mínimo de un mes de anticipación.
- c) Las Asambleas Ordinarias se realizarán al menos una vez al año y las Asambleas Extraordinarias se realizarán conforme a las necesidades de la Asociación.

Artículo 24°. Compete a la Asamblea Nacional Ordinaria de asociados:

- a) Definir los lineamientos generales del desarrollo de la Asociación, así como las políticas y criterios para la elaboración de programas de trabajo en cumplimiento de sus fines y objetivos.
- b) Aprobar los planes, programas, proyectos y presupuesto de la Asociación.
- c) Aprobar el informe de gestión, balances, cuentas de resultados e informes que le someta la Junta Directiva Nacional.
- d) Elegir a los miembros de la nueva Junta Directiva Nacional.
- e) Modificar total o parcialmente el Estatuto a propuesta de por lo menos el 50 % más uno de sus integrantes.
- f) Disolver y liquidar la asociación.

Artículo 25°. Compete a la Asamblea Nacional Extraordinaria:

- a) Remover al presidente y demás miembros de la Junta Directiva y elegir a las personas que los sustituyan por los casos previstos en los artículos 12° y 15 ° del presente Estatuto.
- b) Designar representantes, delegados y otorgar poderes.
- c) Disponer auditorias, balances e investigaciones.

Artículo 26°. Para la validez de las reuniones de la Asamblea General de Asociados, se requiere en la primera convocatoria la concurrencia la mitad más uno de los asociados plenos. Los acuerdos se adoptarán con el voto de más de la mitad de los asociados plenos asistentes. En segunda convocatoria los acuerdos se adoptarán con los asociados plenos que asistan y que representen no menos de la décima parte. Los acuerdos de los asociados hábiles conforme al padrón de asociados serán tomados en cuenta para la asistencia y votación en asamblea nacional. Todos los representantes de los asociados que tengan vigente el ejercicio de sus derechos tendrán derecho a un voto en la Asamblea General de Asociados.

Artículo 27°. Las sesiones de la Asamblea serán presididas / dirigidas por el presidente de la Junta Directiva Nacional, y en su ausencia por el vicepresidente u otro miembro que designe la asamblea.

Artículo 28°. La Asamblea General de Asociados contará con un libro de actas debidamente legalizada donde se registrarán todos los acuerdos que se adopten.

Artículo 29°. La Junta Directiva Nacional es el órgano de gobierno, administrativo, ejecutivo y representativo de la organización en las distintas instancias. La AETSIA está constituida por los siguientes cargos:

- a) Presidente (a)
- b) Vicepresidente (a)
- c) Tesorero (a)
- d) Vocal

Artículo 30°. La Junta Directiva Nacional se reunirá ordinariamente cada seis meses y extraordinariamente cuando lo convoque el presidente de la Junta Directiva Nacional por su propia iniciativa o cuando lo solicite cualquiera de los asociados o la mayoría de los integrantes de la Junta Directiva Nacional.

Artículo 31°. Para sesionar válidamente la Junta Directiva Nacional requerirá de la asistencia de la mitad de sus miembros y tomará acuerdos por la mayoría de sus miembros. Las sesiones de la Junta Directiva Nacional constatarán en un Libro de Actas, las mismas que serán firmadas por todos los miembros titulares.

Artículo 32°. Son funciones de la Junta Directiva Nacional:

- a) Dirigir la marcha administrativa y de gobierno de la asociación velando por su eficiente y eficaz funcionamiento.
- b) Cumplir y hacer cumplir el presente estatuto y acuerdos de la asamblea nacional y demás normas.
- c) Convocar a la asamblea general de asociados.
- d) Coordinar permanentemente con las Juntas Directivas Regionales.
- e) Formular y someter a la aprobación de la asamblea general de asociados la memoria de gestión, el balance, cuentas e informes.
- f) Reglamentar su propio funcionamiento.
- g) Elaborar, aprobar, ejecutar y evaluar el plan anual de trabajo, reglamento interno y demás normas internas.
- h) Encomendar determinados asuntos a uno o más miembros, sin perjuicio de las atribuciones del presidente y/o de los poderes que pudiera conferir a cualquier asociado.
- i) Aceptar la admisión y/o dimisión de sus miembros y promover las vacantes que produzcan en los casos previstos por el estatuto.
- a) Concretar convenios nacionales e internacionales de apoyo mutuo o de otra índole que convenga a los objetivos de la asociación.

Artículo 33°. El (la) presidente (a) de la Junta Directiva Nacional tiene la calidad de autoridad ejecutiva y es el representante legal de la asociación ante las autoridades e instituciones locales, regionales, nacionales e internacionales; sean estos policiales, militares, administrativos, municipales, judiciales, laborales, etc.) teniendo en cuenta las siguientes funciones:

- a) Convocar y presidir la Asamblea General de Asociados, así como la Junta Directiva Nacional y actos oficiales.
- b) Dirigir la marcha administrativa y de gobierno de la asociación.
- c) Elaborar, ejecutar y evaluar el plan de trabajo de la asociación juntamente con los miembros del consejo directivo.

- d) Representar legalmente a la asociación.
- e) Vigilar el fiel cumplimiento de las disposiciones del estatuto y el reglamento, velando por el buen funcionamiento de la asociación.
- f) Proponer y firmar convenios y/o proyectos relacionados a la salud intercultural que involucre a los asociados a nivel nacional, regional y local.
- g) Emitir credenciales, resoluciones de asociados y/o acreditaciones para pertenecer a la Asociación Nacional o asistir a eventos regionales, nacionales o internacionales; así como participar en la validación de la documentación, materiales entre otros.
- h) Solicitar, abrir, transferir, cerrar cuentas corrientes bancarias, girar y endosar cheques, depósitos en cuenta corriente; girar, endosar, protestar y cobrar cheques de cualquier índole, aceptar, avalar, receptar, renovar, ejecutar, descontar, negociar y cobrar letras de cambio, vales, pagares, giros y cualquier otro título-valor o documento de crédito. Abrir, transferir y cancelar cuentas de ahorro; depositar o retirar dinero de los depósitos que la asociación tenga en los bancos o en cualquier otra institución financiera, de crédito y/o ahorros.
- i) Informar al (la) tesorero (a) las acciones bancarias realizadas mensualmente.

Artículo 34°. El (la) vicepresidente (a) es el representante de la asociación y tiene la calidad ejecutiva en caso de ausencia del presidente. También son atribuciones del vicepresidente de la Junta Directiva Nacional reemplazar automáticamente al presidente en caso de su ausencia, con las mismas facultades y responsabilidades establecidas en el presente estatuto. Cuando no reemplaza al (la) presidente, tiene las siguientes funciones:

- a) Elaborar y actualizar el padrón de asociados plenos y fraternos de la AETSIA, según región y velar por el orden, integridad y veracidad de toda la documentación e información.
- b) Llevar al día y en orden el libro de actas y los archivos de documentos institucionales.
- c) Legalizar, junto al presidente, la documentación de la institución.
- d) Promover la organización y participación de los asociados a nivel nacional, realizando acciones de su competencia a nivel nacional y con las juntas directivas regionales.
- e) Planifica, organiza y ejecuta estrategias de difusión en la prensa y en redes sociales de las actividades y/o acciones de la Junta Directiva Nacional y las Juntas Directivas Regionales para lograr los objetivos y fines de la AETSIA.
- f) Desarrollar estrategias y acciones de defensa de los intereses y garantizar el fortalecimiento de la AETSIA a nivel nacional.

Artículo 35°. El (la) tesorero (a) actuando conjuntamente con el Presidente Junta Directiva Nacional podrá:

- a) Hacer seguimiento a los asociados para el pago de colaboraciones ordinarias y extraordinarias, y la transferencia del porcentaje correspondiente a la Junta Directiva Nacional.
- b) Manejar racionalmente los bienes y fondos de la Asociación obtenidos por las colaboraciones ordinarias y extraordinarias de sus miembros, y de otros aportantes.
- c) Preparar y presentar informes económicos, presupuesto y balance anual a la asamblea general de asociados para su debate y aprobación.
- d) Velar por la existencia y veracidad de los libros contables que la ley obliga a llevar.
- e) Dar cuenta en cada sesión de los ingresos de la asociación.
- f) Presentar a tiempo al consejo directivo, la información necesaria para formular el informe de gestión y el balance general de cada ejercicio.

Artículo 36°. Son funciones del (la) vocal:

- a) Apoyar la gestión en todas las acciones que encomiende la Presidencia
- b) Hacer seguimiento a las actividades y/o responsabilidades de los asociados representativos a nivel nacional y regional.
- c) Controlar la disciplina y la buena marcha de las sesiones tanto de la Junta Directiva como de la Asamblea General.
- d) Conformar la comisión de ética.
- e) Vigilar, investigar y fiscalizar y proponer sanciones correctivas para la buena marcha de la organización.

Artículo 37 °. Las Juntas Directivas Regionales son los órganos representativos de cada región y de coordinación con la Junta Directiva Nacional, siendo constituida por los siguientes cargos:

- a) Coordinador (a) General
- b) Secretario (a)
- c) Tesorero (a)

Artículo 38°. El coordinador general de cada Junta Directiva Regional es al mismo tiempo miembro de la Junta Directiva Nacional – a excepción de su presidente. Los cargos de secretario (a) y tesorero (a) serán elegidos en una reunión de los asociados plenos, con una asistencia de al menos el 50%, convocados por el coordinador (a) general.

Artículo 39°. Son funciones de las Juntas Directivas Regionales:

- a) Reunirse al menos cada 4 meses al año para poder diseñar e implementar actividades y/o acciones correspondientes a su región, en el marco de los objetivos y funciones de la AETSIA.
- b) Elaborar el padrón de asociados plenos y fraternos de su región y reportar al vicepresidente de la Junta Directiva Nacional.
- c) Recepcionar las solicitudes de inscripción de nuevos asociados y enviar a la Junta Directiva Nacional para su aceptación.
- d) Convocar a reuniones con los demás asociados plenos y fraternos de su región, para informar diseñar e implementar las actividades y/o acciones desarrolladas en el marco de los objetivos y funciones de la AETSIA. Para que la reunión tenga validez, la asistencia deberá ser de al menos el 50% de los asociados plenos. Las reuniones pueden ser al menos cada 6 meses.
- e) Informar permanentemente a la Junta Directiva Nacional de los avances y/o dificultades en la implementación de las actividades y/o acciones desarrolladas en su región en el marco de los objetivos y funciones de la AETSIA, y otras que puedan beneficiar y/o afectar a las mismas.
- f) Coordinar permanentemente con las organizaciones locales (federaciones) y regionales de sus regiones sobre temas relacionados a la salud de las poblaciones de comunidades nativas y la formación de recursos humanos en salud.
- g) Representar a la Junta Directiva Nacional, en caso el presidente y demás miembros de esta no pueda asistir, en reuniones con autoridades locales, provinciales y regionales de la salud, en temas relacionados a la contratación y mejoras laborales de sus miembros integrantes.
- h) Cumplir y hacer cumplir el presente estatuto y acuerdos de la asamblea nacional y demás normas.

TITULO VI. DEL RÉGIMEN ECONÓMICO Y DEL PATRIMONIO

Artículo 40°. La AETSIA es una organización que tiende al auto sostenimiento como principio y funciona gracias al aporte de sus asociados y otros aportes nacionales y/o internacionales sin comprometer su autonomía y soberanía.

Artículo 41°. Los aportes de los asociados serán de carácter ordinario y extraordinario, ordinario al momento de su empadronamiento en su correspondiente base con el monto de diez (10) nuevos soles por única vez. Los otros aportes ordinarios y extraordinarios serán definidos por cada base con conocimiento de la Junta Directiva Nacional.

Artículo 42°. Del 100% de los aportes, las bases distribuirán de la siguiente manera: 50% se queda en la instancia regional y 50% a la Junta Directiva Nacional.

Artículo 43°. El patrimonio de la asociación está destinado exclusivamente al cumplimiento de los propósitos institucionales. Constituyen el patrimonio de la asociación, las donaciones y aportes de personas naturales y jurídicas nacionales e internacionales y recursos generados por actividades de auto sostenimiento.

TITULO VII. DE LA DISOLUCIÓN Y LIQUIDACIÓN

Artículo 44°. Son causales para la disolución de la Asociación:

- a) Cuando las actividades institucionales dejan de ser coherentes con los propósitos centrales de la asociación.
- b) Por decisión de la Asamblea Nacional.

Artículo 45°. En el caso de disolución de la asociación, los bienes existentes serán donados a instituciones que tengan fines y objetivos comunes o similares a la AETSIA, por determinación de la Asamblea Nacional.

Artículo 46°. Para modificar el estatuto o para disolver y liquidar la asociación se requiere en primera convocatoria la asistencia de más de la mitad de los asociados plenos convocados y previstos para esta reforma. Los acuerdos se adoptan con el voto de más de la mitad de los miembros concurrentes. En segunda convocatoria, los acuerdos se adoptan con los asociados que asistan y que representen no menos de la décima parte.

TITULO VIII. DE LAS ELECCIONES DE CARGOS DE LA JUNTA DIRECTIVA NACIONAL, Y BASES REGIONALES

Artículo 47°. Los miembros del Comité Electoral deberán coordinar y elaborar un reglamento breve y ágil para facilitar el proceso eleccionario válido para el evento.

Artículo 48°. Siendo el periodo de vigencia de la Junta Directiva Nacional y los miembros de las Juntas Directivas Regionales a partir de la elección y juramentación por dos años el presidente llama a asamblea para tratar la renovación de la Junta Directiva. En dicho acto conformará el Comité Electoral del que gozará de autonomía plena.

Artículo 49°. Para la elección de los cargos de presidente, vicepresidente y vocal de la Junta Directiva Nacional, los asociados elegidos deberán ser de regiones y pueblos diferentes, el cargo de tesorero (a) debe ser ocupado por un asociado de la misma región del presidente.

Artículo 50°. El Comité Electoral está conformado por: a) presidente (a) y b) secretario (a). El Comité Electoral deberá considerar en el proceso eleccionario el momento de tachas y reclamos. Sus actos son indiscutibles e inapelables. La vigencia del Comité electoral es tan solo por el periodo de su ejercicio. Fenece luego de que se haya juramentado a la nueva Junta Directiva e informe oral y/o por escrito.

Artículo 51°. Son elegidos los nuevos miembros de la Junta Directiva con no menos de treinta por ciento (30%) más uno de los delegados plenos asistentes a dicho acto eleccionario. Recomendándose a que en dicho acto eleccionario participe la gran mayoría.

Artículo 52°. Es admisible la reelección, sólo por un periodo más.

Artículo 53°. La lista ganadora o el nuevo dirigente en cualquiera de los cargos deben tener no menos de treinta por ciento de los votos de los asistentes a fin de que sea válido, representativo y legítimo. Caso de no ser así se volverá inmediatamente a proceder la inscripción o propuesta de candidatos.

Artículo 54°. El Comité Electoral deberá elaborar el acta respectiva e informar al pleno de la asamblea, así como procederá a su juramentación. Inmediatamente se hará la entrega de cargos y documentación respectiva.

Artículo 55°. Están impedidos participar como candidatos para integrar los socios con antecedentes legales y administrativos, siempre que no sean por la defensa de los derechos de los pueblos indígenas, quienes hayan violado el presente estatuto concordante a las prohibiciones y atentar a nuestros principios, fines, objetivos y la unidad de nuestra organización. También están impedidos de ser elegidos o participar como candidatos los miembros de la Junta Directiva saliente que no cumplieron sus funciones en dichos cargos elegidos.

Artículo 56°. La elección de la nueva Junta Directiva puede ser por listas o cargos, debiendo priorizarse concordante a las tradiciones de nuestra cultura por cargo y aclamación y conteo de votos que deberá constar en el libro de actas.

TITULO IX. DISPOSICIONES TRANSITORIAS, COMPLEMENTARIAS Y FINALES SEGÚN CORRESPONDA

PRIMERO. - Por esta vez se inscribirán como asociados plenos a todos los (as) enfermeros (as) técnicos en salud intercultural amazónica que participaron en el I Encuentro Nacional de Enfermeros Técnicos Interculturales efectuado en la ciudad de Lima.

SEGUNDO. - Se establece por única vez que la primera Junta Directiva Nacional tendrá los siguientes: Presidente (a), Vicepresidente (a), Secretaria (o), Tesorera (o), Fiscal, Primer vocal, Segundo vocal.

TERCERO. - Las siguientes Juntas Directivas Nacionales serán elegidas según lo dispuesto en el presente Estatuto.

Luego de un amplio debate el Estatuto fue aprobado por unanimidad.

3. ELECCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO

Acto seguido, el director de debates señaló que correspondía abordar el tercer punto de la agenda, indicando que era necesario elegir a la Junta Directiva Nacional, solicitando las propuestas pertinentes, siendo propuesto los siguientes asociados para:

Presidente:	LORENZO MOISES NAVARRO HUALINGA (Pueblo Achuar- región Loreto)
Vicepresidente:	LINO ZUMAETA PANDURO (Pueblo Shipibo- región Ucayali)
Secretaria:	MARIA MILY SANGAMA SANGAMA (Pueblo Quechua - región San Martín)
Tesorera:	ESTHER FRANCO MUÑOZ (Pueblo Shipibo - región Ucayali)
Fiscal:	GROVER CLEVER RENGIFO VASQUEZ (Pueblo Yine – región Ucayali)
Primer Vocal:	DOUGLAS ANDRES SANDI NAVARRO (Pueblo Achuar - región Loreto)
Segundo Vocal:	GEOVANA CALVO YU (Pueblo Wampis - región Amazonas)

Luego de una breve deliberación, la propuesta fue aprobada por unanimidad, llevándose a cabo la inmediata juramentación.

4. DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE PARA LA FIRMA DE LA MINUTA Y ESCRITURA PÚBLICA DE CONSTITUCIÓN.

A continuación, el director de debates expresó que como cuarto y último punto de la agenda era necesario designar a un representante para que firme la minuta y escritura pública de constitución, luego de una deliberación se acordó por unanimidad autorizar a DOUGLAS ANDRES SANDI NAVARRO (D.N.I. 44547225) o a MÓNICA GABRIELA SICCHAR VELA (D.N.I. 05395970), para que en representación de la Asociación suscriba la minuta y escritura pública correspondiente.

No habiendo otro punto que tratar el director de debates levanto la sesión, siendo las 20:45 horas del mismo día aprobándose y firmándose a continuación el acta por todos los asistentes:

NOMBRES Y APELLIDOS

N° D.N.I.

FIRMA

5.3. Ordenanza Regional N°388-Gobierno Regional Amazonas/CR, 30 junio 2016

- **Ordenanza Regional**
<http://busquedas.elperuano.com.pe/normaslegales/aprueban-la-incorporacion-de-la-formacion-en-salud-intercult-ordenanza-n-388-gobierno-regional-amazonas-cr-1414664-1/>
- **Video. Entrevista a Clelia Jima, consejera indígena del Gobierno Regional de Amazonas opinando sobre la ordenanza:**
<https://www.youtube.com/watch?v=zesxWxBGDn4>
- **Notas de prensa sobre ordenanza regional.**
<https://www.servindi.org/actualidad-noticias/18/08/2016/amazonas-publican-ordenanza-regional-en-salud-intercultural-que>
http://www.iep.org.pe/publican_ordenanza_del_gobierno_regional_de_amazonas_con_aportes_del_iep_sobre_salud_intercultural.html

5.4. Política para la atención del parto y del recién nacido con enfoque intercultural en la Red Salud Churcampa

ANTECEDENTES

El servicio de salud materna de la Red de Salud de Churcampa es considerado particularmente importante al ser una de las experiencias más exitosas en la implementación de la atención del parto con pertinencia cultural a nivel nacional. Este servicio ha sido premiado y reconocido por organismos de salud internacionales como la Organización Panamericana de la salud (OPS), además de haberse constituido en centro de pasantía para la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) y otros visitantes nacionales e internacionales.

En el periodo 2005-2008, la red de Salud Churcampa, junto al Consorcio Madre-Niño (Calandria, Asociación Kallpa, Salud Sin Límites Perú y Medicus Mundi Navarra), impulsó acciones en diferentes frentes, que involucraron tanto a prestadores de las redes de salud como a los agentes comunitarios, así como el desarrollo de estrategias de comunicación con autoridades, docentes y las mujeres y hombres de la población. Para el Consorcio Madre-Niño el enfoque intercultural en salud suponía relaciones equitativas entre personas y culturas vistas con igual valor y derechos, enfoque con el que investigó el punto de vista de la población y los proveedores de salud, así como promovió relaciones de equidad entre ambos, buscando que los servicios de salud incorporen elementos de la cultura local y ofrezcan servicios de calidad que respeten las formas de pensar y costumbres beneficiosas e inocuas, y las incorporen en la oferta de atención de los servicios de salud materna e infantil¹⁶.

Durante el año de 2014 y parte de 2015, luego de seis años de culminado el proyecto del Consorcio Madre-Niño, el Instituto de Estudios Peruanos (IEP) desarrolló un estudio cualitativo en el Centro de Salud (CS) de Churcampa y el Puesto de Salud (PS) de Occopampa para conocer las fortalezas y debilidades de la experiencia, así como los contextos que la favorecen o dificultan. Para ello se realizó observación participante y entrevistas semiestructuradas tanto con proveedores como con usuarias y sus familiares, así como una encuesta de calidad de atención.

¹⁶ Calandria et. al. *Cerrando brechas-aproximando culturas: Un modelo de atención materno-perinatal*. Lima: Calandria. 2009.

De acuerdo al informe del citado estudio¹⁷, los problemas más importantes que se observaron y que requieren considerarse en el proyecto de mejora son:

- Alta vulnerabilidad frente a cambios de autoridades y rotación de personal, favorecida por la falta de mecanismos que garanticen formas de transferencia. Si bien hay formas de institucionalización de la atención vertical del parto en el CS de Churcampa, su continuidad sigue siendo un esfuerzo que se sostiene, principalmente, en algunas personas. Actualmente se da la paradójica situación en la que el CS de Churcampa es un centro de pasantía premiado por su experiencia en atención en parto vertical, pero solo cuenta con un obstetra estable capacitado (por el Consorcio) y con experiencia como para ser tutor. Ello nos indica que el proceso de transferencia no se está llevando a cabo de manera eficiente o acorde a los continuos cambios de personal.
- La salud intercultural en el CS de Churcampa no ha trascendido la sala de partos, lo que debilita sus posibilidades de mejorar la calidad de atención del CS y la relación entre las usuarias y proveedores.
- Salvo excepciones, se encontró una ausencia o tenue presencia de una perspectiva de derechos, tanto por parte de proveedores como de usuarias respecto al servicio de atención del parto ofrecido por el CS de Churcampa. Ello favorece la continuidad de una interculturalidad instrumental entre proveedores (el fin principal es mejorar/mantener metas de parto institucional) y el poco involucramiento de la población con cambios en el servicio de atención del parto (por ejemplo, frente a la posibilidad de defender el parto vertical y la adecuación a sus costumbres como derecho que está legitimado en las normas).
- Poco o ningún involucramiento de las parteras y agentes comunitarias en el actual funcionamiento del servicio materno, lo que contrasta con las actividades promovidas por el Consorcio.
- Ausencia de otros actores del Estado o la Sociedad Civil que estén dispuestos a defender o mantener lo logrado en el CS de Churcampa.

OBJETIVO

Establecer los protocolos, pautas y estrategias para la institucionalización de la atención del parto y del recién nacido desde un enfoque intercultural, de derechos y de género en los establecimientos de la Red de Salud de Churcampa.

I. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.1. Establecer los criterios de selección de personal de salud y los contenidos y metodología para la formación de los recursos humanos en salud en salud intercultural y atención del parto vertical desde un enfoque de derechos.
- 1.2. Establecer los criterios técnicos y procedimentales para la atención del parto vertical y del recién nacido con pertinencia intercultural.
- 1.3. Establecer las pautas para el trabajo integrado desde un enfoque de derechos con la sociedad civil (Consejos de Desarrollo Comunal, autoridades locales, municipales y regionales, entre otros) en la implementación de la atención del parto vertical y del recién nacido con pertinencia intercultural.
- 1.4. Brindar las pautas para la elaboración de material comunicacional sobre el derecho a la salud de las gestantes con enfoque intercultural.

¹⁷ Yon, Carmen. Informe del estudio de caso sobre atención del parto con adecuación intercultural en la Red de Salud de Churcampa. Documento interno del Instituto de Estudios Peruanos. 2016

- 1.5. Establecer los criterios a incluir en el perfil de servicios de salud intercultural del primer nivel de atención que brindan atención integral en la gestación, parto y puerperio con pertinencia intercultural.

II. FINALIDAD

Contribuir a la disminución de las tasas de mortalidad materna y neonatal desde un enfoque de derechos y equidad social, a partir de la participación ciudadana, la igualdad de oportunidades, el diálogo intercultural y la revalorización de los conocimientos ancestrales.

III. BASE LEGAL

- Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948).
- Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007).
- Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (1989).
- Declaración de la Organización de los Estados Americanos sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2016).
- Ley N° 26842, Ley General de Salud (1997).
- Ley N° 28983, Ley de Igualdad de Oportunidades (2007).
- Decreto Supremo N° 016-2016-SA, que aprueba la Política Sectorial de Salud Intercultural.
- Resolución Ministerial N° 611-2014/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Diálogo Intercultural en Salud.
- Resolución Ministerial N° 518-2016/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el Marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural.

IV. ALCANCE

Las disposiciones contenidas en la presente política son de aplicación general y de cumplimiento obligatorio en todos los establecimientos de salud de la Unidad Operativa de la Red de Salud de Churcampa.

V. DISPOSICIONES GENERALES

La Política para la Atención del Parto y del Recién Nacido con Enfoque Intercultural en la Red de Salud de Churcampa tiene como base las siguientes actividades -las cuales deben ser realizadas de acuerdo al plan de implementación (ver anexo de la Política A):

- 5.1. Formación del personal de salud de la zona en salud intercultural desde un enfoque de derechos y en competencias sobre fundamentos técnicos y procedimentales en la atención del parto vertical con pertinencia intercultural. Se establece su obligatoriedad para nuevos trabajadores/as (inducción) y antiguos/as trabajadores/as (fortalecimiento). (Ver anexo de la Política B y C).
- 5.2. Estandarización de los criterios para la selección y contratación de personal de salud involucrado en la atención del parto y del recién nacido. (Ver anexo de la Política D).
- 5.3. Estandarización de los criterios en salud intercultural que deben cumplir los establecimientos de salud que brinden atención integral en la gestación, parto y puerperio. (Ver anexo de la Política E).

- 5.4. Estandarización de la atención del parto vertical y del recién nacido con un enfoque intercultural y de derechos. Se establece su obligatoriedad para nuevos trabajadores/as (inducción) y antiguos/as trabajadores/as (fortalecimiento). (Ver anexo de la Política F y G).
- 5.5. Coordinación directa y trabajo conjunto con instituciones de la sociedad civil de la zona desde un enfoque intercultural y de derechos. (Ver anexo de la Política H).
- 5.6. Coordinación directa y trabajo conjunto con las parteras y los promotores de salud de la zona reconociendo sus conocimientos e importancia en la comunidad (ver Anexo I).
- 5.7. Elaboración de material comunicativo dirigido a las gestantes y al personal de salud, poniendo énfasis en la información sobre los derechos de las usuarias de los servicios de salud de acuerdo a la normativa vigente (Ver Anexo J. Cartilla y audios se adjuntan por separado por su peso)

ANEXOS DE LA POLITICA

- A. Plan de implementación de la política para la atención del parto y del recién nacido con enfoque intercultural en la Red de Salud Churcampa.
- B. Marco teórico para capacitación en salud intercultural y diseño metodológico de capacitación en salud intercultural y pueblos indígenas.
- C. Pautas para fortalecimiento de competencias sobre los fundamentos técnicos y procedimentales en la atención del parto vertical con pertinencia intercultural y diseño metodológico de capacitación en fortalecimiento de capacidades.
- D. Perfiles de puestos: médico cirujano, enfermera y obstetra.
- E. Perfil de servicios de salud del primer nivel de atención que brindan atención integral en la gestación, parto y puerperio con pertinencia intercultural
- F. Protocolo de atención inmediata del recién nacido normal en el parto vertical con pertinencia intercultural. Aprobado por el Gobierno Regional de Huancavelica.
- G. Protocolo de atención del parto vertical con pertinencia intercultural en el primer nivel de atención de salud. Aprobado por el Gobierno Regional de Huancavelica.
- H. Guía metodológica para reconocimiento y la capacitación de en vigilancia ciudadana de los servicios de salud del primer nivel de atención con pertinencia de la provincia de Churcampa
- I. Acuerdos de las reuniones de dialogo entre parteras y proveedores de salud de los establecimientos de salud de Churcampa, Anco y Paucarbamba
- J. Materiales comunicacionales.

A. Anexo de Política. Plan de implementación de la política para la atención del parto y del recién nacido con enfoque intercultural en la Red de Salud Churcampa.

ACTIVIDADES	QUINCENA											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Implementación de los criterios para la contratación de personal de salud involucrado en la atención del parto y del recién nacido en todos los establecimientos de salud que brinden estos servicios.	X											
Realización de capacitación en salud intercultural y pueblos indígenas desde un enfoque de derechos para nuevos trabajadores/as (inducción) y antiguos/as trabajadores/as (fortalecimiento).			X									
Realización de capacitación en fortalecimiento de competencias sobre los fundamentos técnicos y procedimentales en la atención del parto vertical con pertinencia intercultural en base al Protocolo de Atención del Parto Vertical con Pertinencia Intercultural en el Primer Nivel de Atención de Salud y del Protocolo de Atención Inmediata del Recién Nacido Normal en el Parto Normal con Pertinencia Intercultural. Para nuevos trabajadores/as (inducción) y antiguos/as trabajadores/as (fortalecimiento).				X								
Coordinación directa y trabajo conjunto con instituciones de la sociedad civil de la zona desde un enfoque de derechos e interculturalidad.					X	X	X	X	X	X	X	
Coordinación directa y trabajo conjunto con las parteras y los promotores de salud de la zona reconociendo sus conocimientos e importancia en la comunidad.					X	X	X	X	X	X	X	
Elaboración y difusión de material comunicativo dirigido a las gestantes y al personal de salud, poniendo énfasis en la información sobre los derechos de las usuarias de los servicios de salud de acuerdo a la normativa vigente.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

B. Anexo de Política: Marco teórico para capacitación en salud intercultural y diseño metodológico de capacitación en salud intercultural y pueblos indígenas

SALUD INTERCULTURAL Y PUEBLOS INDÍGENAS

Marco teórico de consulta para el capacitador de SERUM en Churcampa/Huancavelica

Gerardo I. Seminario Namuch

Leonardo Cortez Farfán

Yely Palomino Flores

Salud Sin Límites Perú

Enero, 2016

Lima, Perú

I. LA CULTURA

Quisiéramos empezar con dos definiciones básicas de los conceptos cultura y heterogeneidad.

Cultura:

- Es un sistema de significados compartidos por una colectividad que le permite interpretar su mundo, reproducirlo y actualizarlo.

Heterogeneidad:

- La cultura no es sólida, todos somos heterogéneos. La heterogeneidad es la capacidad de articular distintos referentes culturales, incluso aquellos que pueden parecer contradictorios. Cada elemento es usado de acuerdo a la necesidad y los individuos son ejes donde estos elementos se encuentran.
 - *Puedes creer en la ciencia y hacerte una tomografía y luego te tratas con acupuntura y además tomas ayahuasca*
 - Heterogéneo quiere decir que todos articulamos dentro de nosotros distintas experiencias de vida que a veces parecen contradictorias

1.1 Cultura

Los documentos oficiales suelen olvidar algunos debates previos, álgidos, problemáticos pero necesarios para una concepción cabal y sólida de la interculturalidad en salud. El primero de ellos va alrededor de la misma categoría de cultura.

Entendemos todos que no se hace referencia a la visión elitista del concepto, que lo entiende como el cultivo de cierto conocimiento y valores vinculados al arte *elevado*, sino a la concepción antropológica que en inicio hacía referencia a valores, conocimientos, prácticas e instituciones, la clásica definición de Edward B. Taylor construida durante la gestación de la disciplina antropológica a fines del siglo XIX. Desde entonces se ha escrito al respecto mucho más de lo que cualquier antropólogo pueda intentar compilar. A mediados del siglo XX, Alfred Kroeber sumaba 150 definiciones de cultura, en este momento sería imposible saber cuántas son y cuáles son las más adecuadas para cada objetivo de investigación. Sin embargo, se puede distinguir dos tendencias que a manera de resumen llamaremos materialista y hermenéutica. La primera se preocupa de cómo los determinismos ambientales y técnicos desarrollados por el hombre condicionan su adaptación al medio y pone mucha atención en los objetos de la cultura material y en la generación de energía y capacidad productiva. Tiene diferentes escuelas, pero se le

distingue por ser un intento de acercar la antropología y la cultura hacia la ciencia dura, su norte es la objetividad de las disciplinas naturales.

Frente a esta orientación está la hermenéutica, el giro de fines de los sesentas solo brevemente opacado por las teorías de la posmodernidad y los estudios culturales, que han dejado un rastro importante pero no han desplazado sino más bien complementado la teoría propuesta desde la llamada “antropología interpretativa”. El giro hermenéutico, para usar palabras de su mayor representante, Clifford Geertz, se preocupa más *por lo que une espadas y crisantemos que por lo que une péndulos y planetas* y hace del estudio antropológico un estudio humanista. Lo propio de la antropología sería hacer *descripción densa* de la cultura y la cultura se entiende como una *red de significados sobre los que el hombre se encuentra suspendido*. Es decir, las comunidades, con sus borrosos límites, comparten significados sobre qué es el mundo, qué es el hombre y cómo reproducir este mundo y esta humanidad.

Aunque esta es una presentación rápida, nos permite apreciar qué se busca cuando se estudia la cultura. En este marco teórico apostamos más por la concepción hermenéutica. Hay que recordar que la antropología clásica nace como un intento de comprender al otro desde sus propios sentidos y que su herramienta básica es la observación participante, convivir e intentar absorber la vida del otro. En este caso el instrumento y el material de registro es el propio investigador y su valor es el de un intérprete que conoce dos *idiomas culturales* y facilita el diálogo o hace traducción. Es decir, el estudio de la cultura siempre estuvo imbuido de pretensiones interculturales.

La versión hermenéutica de la cultura no niega el valor de lo material, pero lo considera un soporte de significados. En un pasaje clásico del libro “La interpretación de las culturas” Geertz explica que para tocar una pieza musical en violín hay que tener cierta disposición y conocimiento, tener la partitura y saberla leer, finalmente, tener el violín, pero nada de esto *es* la pieza musical, que en este paralelo es lo que interesa a la descripción densa cultural.

Finalmente, la realidad social por su carácter multivariable aún no cuenta con el instrumental y técnica suficiente para que una visión determinista tecnoambiental nos permita hacer “ciencia social” al estilo de “ciencia física” o “física social” como pretendía A. Comte. Y sin embargo hay avances y son del todo respetables, pero la ciencia no se agota en esta clase de tareas y a veces es primero necesario tener todas las piezas del rompecabezas y ver el cuadro entero antes de acercarse a él con una probeta en la mano.

Aún con todos estos señalamientos, nos parece que una definición hermenéutica de la cultura puede limitarnos, por eso vamos a proponer algo un poco más operativo. Se trata de una definición propuesta por Paul Ricoeur y recuperada por Xavier Etxeberria(Etxeberria, 2001), aquí se asume la cultura como una articulación compleja de cinco campos:

- *El nivel de los instrumentos, entendiendo por tales el conjunto de medios y mediaciones para la producción de bienes. En principio son acumulables y transferibles entre culturas con cierta facilidad. Aunque el crecimiento de ese nivel en la cultura occidental ha sido tan fuerte –tecnociencia- que tiende a convertirse en ideología que domina los otros niveles;*
- *El nivel de las instituciones, o formas de existencia social normativas, ligadas a las dinámicas de poder y más difícilmente transferibles entre culturas sin afectarlas seriamente;*
- *El nivel ético simbólico, el que marca la sustancia de las culturas, y que tiene varias capas, de la más superficial a la más profunda: costumbres, tradición, referentes éticos fundamentales y “visión del mundo”, con mucha frecuencia claramente religiosa. Es el nivel original y difícil de traducir de una cultura a otra. Es el que nos ofrece el sentido de la realidad y el sentido (deber/felicidad) de la acción humana.*

- A estos niveles habrá que añadir explícitamente dos elementos que en cierta medida les recubren, aunque se encuentran también implicados en ellos, muy significativos para los grupos: la lengua y la historia.

1.2 Heterogeneidad

Vivimos en un mundo real, en el que no existe nada como pureza cultural, todo lo que existe es contacto y mezcla, es decir, el encuentro cultural rara vez es solo “aculturación” o “mestizaje”, siendo el primer término una descripción que hace referencia a la pérdida de la propia cultura y la adquisición de la cultura hegemónica y el segundo un ideal de mezcla equilibrada de elementos originales (*melting pot*).

En la actualidad se considera que frente al encuentro cultural surge más comúnmente *hibridación* (García Canclini, 1989), es decir, la creación del algo nuevo a partir de la recomposición particular de los elementos constituyentes de las culturas previas.

A nosotros nos gusta hablar más bien de *heterogeneidad* (Bueno Chávez, 2004), que es un concepto más desarrollado en la crítica literaria pero que hace referencia a la capacidad de los migrantes de volverse ejes que articulan referentes culturales diferentes y hasta contradictorios. La ventaja de esta categoría es que no pretende que el contacto cultural resulte o se solucione en una síntesis, es decir la diversidad de sistemas de salud no desaparece, sino que se articula a través del diálogo.

Otra categoría interesante para entender la interculturalidad viene de la lingüística, esta es la *diglosia* (Tubino & Zariquiey, 2007) y hace referencia a un campo en el que dos normas lingüísticas de diferente jerarquía se encuentran. Ciertos usos lingüísticos se imponen, pero en general el intercambio se da en ambos sentidos. Lo importante de la categoría de *diglosia* es que reconoce y señala explícitamente la base desigual de poder que subyace al contacto cultural.

En el campo específico de la salud intercultural ha surgido una categoría interesante que guarda similitud con las categorías de heterogeneidad y diglosia. Eduardo L. Menéndez habla de modelos de salud y los concibe como “una construcción metodológica que alude a los saberes tratando de establecer provisionalmente, cuáles son sus características y funciones básicas” (Menéndez, 2009:87).

Se trata de un uso con mayores pretensiones que el uso clásico del concepto de *modelo* como referente doctrinario que sirve para la implementación operativa de los sistemas de atención y gestión de salud nacionales oficiales. Su mayor pretensión se basa justo en que relativiza la posición del sistema oficial, lo hace uno más.

Para Menéndez existen saberes y formas de atención de tipo biomédico que configuran el modelo de salud hegemónico, saberes y formas de atención populares que según nuestra definición pueden o no llegar a configurar un sistema de salud, aquí es donde se hacen presentes los llamados terapeutas tradicionales.

También existen saberes y formas alternativos de atención (por ejemplo, sanadores new age, bioenergéticos, etc.), saberes y formas de atención derivados de otras tradiciones médicas (acupuntura, ayurvédica, etc.) y finalmente saberes y formas de autoatención.

En la definición de Menéndez la autoatención cobra un lugar central, pues es el espacio alrededor del cual se articulan los demás y es además el primer paso en el camino del enfermo.

Vistos como conjuntos de saberes, en estos modelos “la articulación se manifiesta a través de una apropiación de técnicas pero tratando al mismo tiempo de mantener la diferencia, hegemonía y/o exclusión al seguir proponiendo su propia forma de curar como la más idónea” (Menéndez, 2009:92).

Al igual que diversos autores Menéndez llama la atención sobre la primacía de un modelo hegemónico fuertemente biomédico que “si bien constituye la forma de atención más dinámica y en expansión dentro de un mercado competitivo de saberes, dicho proceso no se reduce a la dimensión económica, sino que incluye aspectos ideológicos, sociales y técnicos relacionados con el mantenimiento y el desarrollo de la identidad profesional y la hegemonía” (*ibíd.*). Y del sistema capitalista, nos indica en otra parte.

II. INTERCULTURALIDAD

2.1 De la monoculturalidad a la multi e interculturalidad

La interculturalidad es una respuesta latinoamericana al multiculturalismo anglosajón, y ambos son una respuesta a las sociedades monoculturales reinantes hasta el Siglo XIX y antes, producto de procesos de conquista e invasión. En estas sociedades la regla era o la desaparición del otro o su asimilación, haciendo que la imagen óptima fuera la del invasor y la autoimagen fuera degradada.

La respuesta al monoculturalismo son tanto el multiculturalismo, la idea de que puede haber una convivencia tolerante entre diversos, pero sin mayor influencia del uno en el otro y la interculturalidad, basada en el diálogo



Se trata de dos marcos epistemológicos. Uno más acabado, pero menos crítico, es el liberal y está muy bien representado por el trabajo del canadiense Will Kymlicka. En resumen, para Kymlicka la interculturalidad (multiculturalidad según los autores latinoamericanos) se trata de expandir la base liberal de los derechos a los grupos minoritarios, los ciudadanos interculturales siguen buscando la libertad individual, mayor participación y menores grados de diferenciación socioeconómica, lo que en Latinoamérica llamamos menos exclusión. Las protestas contra esta versión de la interculturalidad son en realidad protestas contra sus límites, pero no contra la base de la defensa de la igualdad y libertad individual (Kymlicka, 1996).

La respuesta al “multiculturalismo anglosajón” y/o liberal de Kymlicka ha venido de intelectuales de países latinoamericanos, especialmente del mexicano Luis Villoro. Este autor empieza señalando que el problema no es de “minorías” nacionales, sino de “pueblos” enteros despojados del ejercicio de sus derechos con el consentimiento del Estado-nación (Villoro, 1999).

En este último señalamiento ambos coinciden, pero Kymlicka no lo incorpora en su análisis, muy probablemente pues este se caracteriza por la “normalización” (Young, 1996) de la categoría misma de Estado-nación, es decir, se trata ya de un sentido común asentado muy profundamente, a través de sutiles y complejos mecanismos para la generación de representaciones naturalistas que lo normalizan.

Villoro sí lo problematiza y concluye que existe un derecho de los pueblos anterior al Estado-nación. Lo que puede haber son pueblos sin Estado, pero nunca ciudadanía sin

Estado, la ciudadanía es dependiente de esta configuración política. Pero en esta visión el Estado es dependiente de la existencia previa de pueblos. El derecho del que Villoro habla es el derecho de autodeterminación, que para Kymlicka es gaseoso, pero que es la base del debate de los derechos indígenas en Latinoamérica.

Para Villoro el multiculturalismo, la versión liberal de la interculturalidad latinoamericana y la propuesta de Kymlicka, no pueden pasar de acciones afirmativas, que en vez de ser transitorias terminan perennizándose. La estrategia de derechos diferenciados del multiculturalismo tendería además a la atomización social generando ciudadanía diferenciadas y paralelas al interior de los Estados. Frente a esto, se propone una estrategia intercultural y “ciudadanías restringidas”.

La base de esto es separar la noción de ciudadanía de la cultura nacional dominante. Villoro, citado por Tubino, nos recuerda: “En el plano de los hechos, <<los derechos del ciudadano se confunden por los dictados por un pueblo sobre otro. Pero el ejercicio de la libertad de cada ciudadano tiene como condición elegir en el abanico de posibilidades de la cultura a que pertenece que, en países multiculturales puede diferir de la hegemónica>>” (Tubino, 2003:183). Es decir, las libertades individuales solo se reconocen si se garantiza el derecho de los pueblos a la autodeterminación.

Para tomar un referente nacional, Tubino recurre a la cuestión del territorio indígena, el cual no puede protegerse a partir de una posición liberal. Autores como Pedro García Hierro señalan la diferencia entre un derecho de raíz romana que ve la tierra como bien de uso para el cual el derecho establece una relación sujeto-objeto que permite una propiedad y las concepciones indígenas del territorio como conjunto de sujetos que se relacionan activamente, por el cual el derecho no puede concebirse como una relación sujeto-objeto de apropiación. No tendría sentido imponerle una legislación agraria y el concepto liberal de propiedad privada a las poblaciones indígenas sobre su territorialidad, como se ha intentado en Perú con funestas consecuencias (García Hierro, 2004).

También es central en la crítica de Villoro el cuestionamiento de las soberanías nacionales en esta época de globalización. El autor reclama que, así como los Estados se abren hacia arriba también se abran hacia abajo (en referencia a sus pueblos). Así, la “ciudadanía restringida” constituye un marco común para la unión de pueblos diferentes, que se lleva a cabo a nivel de Estado y no de nación y lo que se reclama como fundamento es la constitución de Estados plurales con una nueva disposición de espacios deliberativos (no necesariamente los federalismos que cortan las nacionalidades étnicas).

Aunque más radical, la visión de Villoro no se escabulle del problema fundante de la historia del Estado-nación como aparato colonial. Para él no se trata de debilitar los Estados sino de **construir una nueva concepción de Estado que haga frente a los nuevos retos de estos tiempos**. Por un lado, es un camino utópico (en el buen sentido de referente político ideal) pero que tal vez encarna más riesgos que posibilidades, para una paz global.

Desde este sentido no se trataría de derechos universales abstractos sobre un “hombre ideal” que no existe y que más bien es un referente normalizado de una visión hegemónica, sino de una constelación de derechos concretos sobre un *ethos* cultural diferenciado, un “proyecto ético de identidades convergentes” (en palabras de Tubino).

Esta breve exposición de las posturas políticas base de la interculturalidad tiene por finalidad dejar en claro que el tema es poco inocuo, la interculturalidad está en el centro del debate de la constitución política de los Estados modernos en un mundo pos globalización. Tal vez la siguiente cita sirva para aclarar un poco esta reflexión algo densa:

“En las repúblicas latinoamericanas los índices de pobreza se encuentran preferencialmente en las poblaciones indígenas. La pobreza –nos dice acertadamente Amartya Sen- no es solo ausencia de recursos. Es, ante todo, ausencia de oportunidades, ausencia de derechos, *ausencia de ciudadanía*. En los Estados nacionales los pueblos indígenas son colectivos excluidos de la ciudadanía por motivos de orden económico y por razones de orden cultural. La reivindicación de sus derechos básicos es la plataforma de la lucha común del movimiento indígena latinoamericano.” (Tubino, 2003:185).

Como lo expresa Tubino, la interculturalidad está en el centro de las luchas políticas y su dimensión central es la definición del tipo de ciudadano o ciudadanos y su relación con el Estado que queremos. Es finalmente un debate no resuelto en medio del cual aparecen problemáticas concretas, como las responsabilidades sociales de los Estados latinoamericanos, es decir, las políticas públicas sobre derechos básicos como educación y salud.

Dicho esto, podemos adelantar la definición de interculturalidad que proponemos acá, que es una definición que goza de amplio consenso y que parte de superar los límites del multiculturalismo. La clave para diferenciar el multiculturalismo anglosajón está en la palabra *tolerancia*, la sociedad multicultural es una sociedad donde se permite la diferencia, pero se mantiene cada quien en su espacio, se le tolera (soporta). Frente a esto, la interculturalidad parte de una ética del reconocimiento y el respeto y la palabra clave es el diálogo, a continuación, transcribimos una cita extensa de Fidel Tubino que se asienta sobre todo en los trabajos de Xavier Etxeberria y Martín Hopenhayn:

Mientras que en el multiculturalismo la palabra es tolerancia, en la interculturalidad “la palabra clave es diálogo. La interculturalidad reasume en parte del multiculturalismo, en el sentido de que para dialogar hay que presuponer respeto mutuo y condiciones de igualdad entre los que dialogan” (Etxeberria, 2001:18). En otras palabras, la interculturalidad como propuesta ético-política presupone el multiculturalismo, es decir, la reducción de las relaciones asimétricas entre las culturas. Podemos plantearlos también en términos conceptuales y decir que la interculturalidad presupone a veces el multiculturalismo, así como dialogo intercultural presupone la tolerancia. La tolerancia negativa consiste en no hacer “de una creencia propia una condición absoluta de la convivencia” (Thibeaut 1999:48). Se trata de aprender a restringir la función de nuestras creencias. La tolerancia positiva presupone la tolerancia negativa y consiste en algo adicional: Comprender al otro. Es decir, intentar colocarse en su lugar, entenderlo desde su visión del mundo y su jerarquía de valoraciones. Comprender al otro es también percibirme desde su mirada: la tolerancia positiva o comprensiva es la condición necesaria del diálogo intercultural es la “autorecreación transcultural: regresar a nosotros después de habitar las miradas de otros, ponernos experiencialmente en perspectiva...” (Hopenhayn, s/f.), transformarnos recíprocamente. Para decirlo en términos más específicos, se trata de propiciar la apropiación selectiva y crítica de lo que mi interlocutor cultural me ofrece, de asumir una actitud activa que me permita reestructurar lo propio, autotransformarlo reflexivamente, escogerlo y reinventarlo.

2.2 *Definición de interculturalidad*

Interculturalidad es “auto recreación transcultural: regresar a nosotros después de habitar las miradas de otros, ponernos experiencialmente en perspectiva...” (Hopenhayn, s/f.). Expliquemos esto un poco. El centro de la interculturalidad es el diálogo. *Dia logo* significa ir, atravesar el conocimiento del otro, implica desandar nuestra propia construcción cultural y reconocerla como lo que es, una posibilidad y una construcción particular que nos otorga ciertas características, creencias, valores, prácticas, conocimientos, instrumentos, etc. cultura tal como la hemos descrito usando a Ricoeur. Pero luego de desandar lo nuestro debemos subir la montaña cultural del otro, es decir sus valores, conocimientos, prácticas, etc. Su cultura.

En la ilustración que presentamos a continuación puede observarse que cada quien está en una cima distinta y que por tanto tiene una perspectiva diferente. Su montaña es un bagaje de conocimientos que lo separa de los demás, si queremos un diálogo real debemos desandar nuestra montaña y subir la del otro, pero el otro debe hacer lo mismo. Es la única manera de tender puentes, hay que darse el agotador trabajo de descender (el valor de humildad del que hablaremos) y volver a subir, pero esta vez por un camino que nos es desconocido, nos produce miedo y tiene peligros.



Por lo descrito, la esencia de la interculturalidad es el diálogo. Este implica participación, y esto debe ser también puntualizado, pues hay un lamentable entendimiento de que participar es hacer talleres en que la gente levanta la mano para aprobar lo que plantean los expositores. Una plenaria y un acta se toman como garantía.

A todas luces esto es falso, la gente se desdice, las actas se desconocen, el conflicto aparece. Diálogo no es un taller, diálogo es un proceso largo y trabajoso de incorporación del *logos* del otro, de sus saberes y prácticas, pero también de su realidad social y de sus percepciones más internas, de sus alegrías y de sus miedos, para usar las palabras de Ruth Benedict, retomadas y reformuladas por Clifford Geertz un proceso de incorporar lo que une *crisantemos y espadas* más que lo que une *péndulos y planetas* (Geertz, 1992).

CUADRO RESUMEN DE LA DEFINICIÓN DE INTERCULTURALIDAD

-
1. Propiciar la apropiación selectiva y crítica de lo que propone y ofrece,
 2. Y asumir una actitud activa que permita:
 - reestructurar lo propio mediante la auto transformación reflexiva.
 3. Es una propuesta ético política
 - Se da en las personas
 - Se da a través de políticas públicas
 4. Es difícil que haya interculturalidad si hay desigualdad: económica, política, social, etc.
 5. Interculturalidad no es solo afirmación cultural
 6. Pero esta puede ser un paso necesario
 7. Interculturalidad no es solo una cosa de indígenas y campesinos
 8. Pensar la interculturalidad nos lleva a reconocer que: El sistema oficial de salud es un prestador más en una red de prestadores de salud, pero es el que tiene la obligación de ley con el derecho a la salud
-

2.3 *Los principios de la interculturalidad*

Detrás de la interculturalidad hay tres principios esenciales: **calidad, derechos y ciudadanía**.

El principio de **calidad** hace referencia a la incorporación de una serie de saberes y prácticas eficientes en la promoción y la recuperación de la salud en cada una de las partes que entran en diálogo.

Con “derechos”, queremos hacer referencia específica a los llamados **derechos de tercera generación**, los que establecen que la dignidad del ser humano no solo requiere de libertades civiles y políticas, sino también de libertades culturales. Es decir, hacer caso omiso de las múltiples dimensiones de la identidad humana (una de ellas la cultural) es una negación de dignidad y humanidad y por tanto un incumplimiento de derechos ampliamente reconocidos en el concierto global de las naciones.

Por último, **el principio de ciudadanía** es el principio político por excelencia y es el que establece que por encima de cualquier criterio, por ejemplo criterios de índole técnica, debe prevalecer el principio de equidad en libertades civiles, políticas y sociales (mayor libertad, mayor participación, menor desigualdad socioeconómica).

2.4 *Los valores de la interculturalidad*

La interculturalidad implica **tolerancia**, la capacidad para convivir conllevando las diferencias. Este es el valor central en el multiculturalismo.

Más allá de la tolerancia está el **reconocimiento**, que implica el respeto por el otro y sus saberes y que por tanto conlleva una voluntad por conocer y una preocupación por *comprender al otro*, lo que es más que *entender* las razones del otro, y que implica la generación de sentidos y empatías, partiendo de niveles internos, emociones y sentimientos.

El último valor que mencionaremos es esencial, la **humildad**, pues esta nos permite poner en cuestión nuestros propios saberes y nuestra presunción de superioridad; es decir, nuestro etnocentrismo. Sin este valor, los valores mencionados previamente (tolerancia y reconocimiento), y los principios señalados poco antes, no pueden llegar a realizarse y la interculturalidad se vuelve una estrategia de mercadeo sin impactos mayores en la salud, ni enriquecimiento de los actores y organizaciones del proceso de salud-enfermedad.

2.5 *Las dimensiones personal y política de la interculturalidad*

La interculturalidad tiene dos dimensiones, una personal, es decir, procesos subjetivos de diálogo entre los actores involucrados, que buscan dar respuesta a prácticas de discriminación y maltrato cotidianas; y una dimensión política, que conlleva procesos institucionales o estructurales de promoción del diálogo entre los actores y sus organizaciones involucradas, esta dimensión se plasma a través del cuerpo legal de cada Estado y permite organizar una respuesta institucional no solo en contra de la discriminación sino sobre todo por la inclusión respetuosa de las diferencias. Estas dos dimensiones están inter-relacionadas.

III. **SALUD INTERCULTURAL**

Hemos presentado la interculturalidad como el diálogo entre culturas, para nuestro caso la salud intercultural podría entenderse de manera más precisa como el diálogo entre el modelo médico occidental y el modelo indígena.

Roberto Campos define la salud intercultural como. “la práctica y el proceso relacional que se establecen entre el personal de salud (médicos, enfermeras, etc.) y los pacientes (y sus familiares), en el que ambas partes pertenecen a culturas diferentes, y en el que se requiere de un entendimiento recíproco para que los resultados del contacto (consulta, intervención, orientación) sean satisfactorios para ambas partes” (Campos, 2010:36).

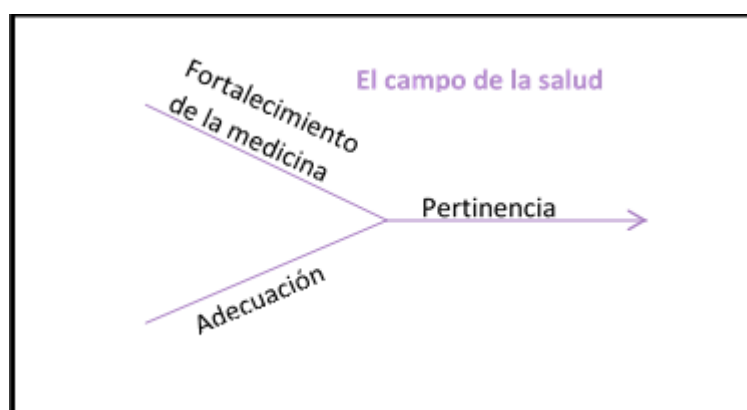
Lucca Citarella, revisando la definición anterior, propone un “punto de vista más operativo” (Citarella, 2009:16), según el cual la interculturalidad en salud se traduce en dos ámbitos:

- a) Acciones cuyo propósito es la valorización de la medicina tradicional y su recuperación y uso en el sistema de atención pública;
- b) Acciones de “adecuación intercultural” que pretenden adaptar el servicio institucional de salud a las creencias y prácticas de la población originaria.

Dicho esto, lo que proponemos es concebir la salud intercultural como un campo donde se ejercita un continuo de opciones encaminadas a garantizar el derecho a la salud, a la generación de condiciones para el diálogo, y al diálogo mismo.

Este campo se compone por tres elementos, los dos primeros, ya mencionados por Citarella, son el fortalecimiento de la medicina tradicional o el respeto por el pluralismo médico y la adecuación cultural, el tercero es lo que suele llamarse pertinencia cultural.

El fortalecimiento de la medicina tradicional y otras formas de curación tiene que ver con la reafirmación cultural, condición necesaria para establecer un diálogo de iguales. La adecuación cultural ha sido definida como “de manera unidireccional, es decir, desde la visión del personal de salud con la única intención de atraer, imponer o conseguir algo para el servicio de salud.” (UNFPA, 2011:40). La pertinencia cultural se presenta como una respuesta a esta última y tiene por premisa justamente el diálogo, si bien es un sinónimo de adecuación, busca superar la unidireccionalidad de esta. La pertinencia por ello implica la adecuación, pero la supera, como también implica y supera el fortalecimiento de la medicina tradicional, se trata de un paradigma nuevo pero que tiene un nivel de superposición con los dos paradigmas previos. Como resumen entregamos un diagrama que pensamos resume este campo.



3.1 *Distintas formas de entender la Salud Intercultural*

Dependiendo de quién se apropie del concepto, hay distintas maneras de definir la interculturalidad. La interculturalidad como principio político busca el fortalecimiento de ciudadanía, por ello, las tres apuestas que presentamos abajo no deben ser entendidas como posiciones en conflicto sino como fuerzas en tensión de un mismo campo, el campo de la interculturalidad, como se muestra en el gráfico siguiente:

3.1.1 Interculturalidad como reafirmación de la medicina tradicional

Desde una posición subalterna que busca construir una sociedad más justa la interculturalidad puede entenderse como un campo de lucha política, y su principal reivindicación es el discurso indígena.

Catherine Walsh (2007), analizando tanto el discurso de la Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador (CONAIE) como el movimiento indígena ecuatoriano señala que la interculturalidad es un “principio ideológico [...] clave en la construcción de una “nueva democracia”- “anticolonialista, anticapitalista, antiimperialista y antisegregacionista” – que garantiza “la máxima y permanente participación de los pueblos y nacionalidades (indígenas) en las tomas de decisión” (CONAIE, 1997:11).

Esta posición es similar a la de aquellos que igualan la interculturalidad a la medicina tradicional y otras formas de reafirmación cultural. La preocupación es que existan condiciones de igualdad. Como veremos en breve la interculturalidad es esencialmente un tipo de diálogo, pero un diálogo entre desiguales suele terminar en la imposición del más poderoso.

3.1.2 Interculturalidad y Adecuación

Una segunda posición, que suele entenderse como contraria a la previamente expuesta, es la interculturalidad como adecuación de los servicios. Se entiende, desde esta posición, que la interculturalidad es un instrumento para atraer a la población al servicio de salud.

La adecuación cultural hace referencia a un conjunto de acciones que se llevan a cabo para atraer a la población al establecimiento, surgen del reconocimiento por parte del sistema oficial de salud y sus actores, de que la cultura es una barrera de acceso que no permite garantizar el derecho a la salud. La respuesta que se da es intentar hacer un servicio más amigable. Sin embargo, se trata de un diseño hecho desde la comprensión de uno de los lados sin consulta o participación real comunitaria y suele quedarse en los aspectos más *light* de la cultura, es decir, las diferencias más visibles, como los colores, la decoración, la señalización.

La adecuación cultural no es negativa, es un primer paso que reconoce un problema y apuesta por superarlo, en este sentido contribuye a la igualdad, que es un paso hacia la interculturalidad. La adecuación parte del valor de la tolerancia, es decir, reconoce la necesidad de convivir con la diferencia y no dejar que esta convivencia genere conflictos. Es la lógica del multiculturalismo, diversidad, pero cada uno en su lugar. En muchos casos la línea entre adecuación y pertinencia se cruza pues se trata de un proceso. Hay muchas experiencias en que los términos se confunden y se llama adecuación a la pertinencia y viceversa.

Sobre la adecuación se ha dicho que no es construida desde el usuario sino desde el prestador: “de manera unidireccional, es decir, desde la visión del personal de salud con la única intención de atraer, imponer o conseguir algo para el servicio de salud.” (UNFPA, 2011: 40). Otra crítica a este enfoque es su carácter instrumental.

3.1.3 Interculturalidad como pertinencia

La pertinencia cultural asume la tolerancia y la supera, incorporando el respeto, que tiene en su base el reconocimiento. La pertinencia intercultural es propiamente interculturalidad en salud y su elemento clave es el diálogo. *Diálogo* significa ir, atravesar el conocimiento del otro, implica desandar nuestra propia construcción cultural y reconocerla como lo que es, una posibilidad y una construcción particular que nos otorga cierta característica, creencias, valores, prácticas, conocimientos, instrumentos, etc. cultura tal como la hemos descrito usando a Ricoeur. Pero luego de desandar lo nuestro debemos subir la montaña cultural del otro, es decir sus valores, conocimientos, prácticas, etc., su cultura.

3.2 *Algo diferente, la interculturalidad como viaje interior*

Hasta el momento hemos repasado el estado de la cuestión de la interculturalidad como perspectiva política. Solo brevemente quisiéramos ahora llamar la atención sobre lo que consideramos central y más problemático en el debate de la interculturalidad, la dimensión de la cultura que Ricoeur llama “claramente religiosa” y que suele cerrar las fronteras del diálogo entre modelos y sistemas de salud.

Primero nos conviene hacer una breve pausa para aclarar a qué llamamos sistema de salud. Dentro de sus apuntes sobre medicina tradicional, el Dr. Fernando Cabieses ha definido los sistemas de salud como el cuerpo de doctrina que rige en los problemas de salud y enfermedad en una cultura determinada, el cual debe contener conceptos sobre salud, enfermedad y muerte, sus causas y tratamientos y la jerarquía de los terapeutas (Cabieses, 1993). En una aproximación sumamente práctica la OPS define los sistemas de salud como “la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Necesitan personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además, tienen que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero”.

Ambas definiciones establecen lo central de los sistemas de salud, una dimensión teórica o de conocimientos y una dimensión de gestión o práctica. En la misma línea, quisiéramos rescatar la propuesta y sistematización realizada por el antropólogo Julio Portocarrero, por su claridad operativa. Portocarrero afirma que, actualmente “se considera que los sistemas de salud están conformados tanto por las concepciones como por las prácticas desarrolladas en torno a la salud y enfermedad. Pueden entenderse, entonces, como un conjunto de elementos o disposiciones que definen cierta forma de concebir la salud y enfermedad, organizar su cuidado, y desarrollar criterios de legitimación y reconocimiento de sus conocimientos, procedimientos y agentes”¹⁸. En otras palabras, implican las siguientes dimensiones:

- Un sistema de explicación sobre la salud y enfermedad
- La presencia de agentes de salud particulares, aunque no necesariamente exclusivos.
- La existencia de repertorios y recursos terapéuticos
- La presencia de marcos institucionales de reconocimiento de conocimientos, agentes y procedimientos.
- El desarrollo de determinados itinerarios terapéuticos
- El desarrollo de sistemas de cuidado particulares

Esta era una explicación necesaria pues los sistemas de salud son una unidad referencial para el diálogo intercultural. Sin embargo, este diálogo tiene como gran barrera la negación de la dimensión “interior” de lo humano. Veamos esto con un poco más de detalle.

Como señala Charles Tart, la ciencia nace como una respuesta a un sistema de conocimiento basado en el dogma de la religión, va progresivamente, en la medida que la consolidación de los métodos experimentales se lo permite, desmarcándose de las iglesias, acercando a una visión desencantada del mundo y cada vez más materialista (Tart, 2013). Al mismo tiempo va surgiendo un imperio de la razón, que, junto a la consolidación de la experiencia sensorial como método de asir la realidad, conforman una dimensión central de la modernidad. El imperio de la razón y los sentidos son base de la modernidad y de la ciencia. El actual conocimiento médico científico es en esencia un producto de la modernidad, un producto de este matrimonio de razón y sentidos y de su imperio sobre el dogma religioso y su superación de una visión encantada del mundo.

¹⁸ Estudio del sistema tradicional de salud de Churcampá. Trabajo realizado a pedido de Medicus Mundi Navarra. No publicado.

Nadie podría tener una actitud consistente negando que este hecho ha sido benéfico para la humanidad, que desvincularse de los límites que la visión religiosa le ponía al conocimiento no nos ha hecho avanzar en el descubrimiento del mundo del cual hoy nos maravillamos, y la medicina y el campo de la salud en general de ninguna manera es ajeno a estos avances.

Desde otra perspectiva, una que acá nos interesa más, Ken Wilber (Wilber, 1998) ubica a la medicina y otras disciplinas similares más que en el campo de “lo material”, en el campo de “lo externo” y al igual que otros autores señala que sus límites están en entender las dimensiones “internas” de las personas, siendo las más evidentes pero no las únicas las mentales.

Ahora, preguntémonos ¿Qué pasa en sociedades donde las dolencias son vividas desde estas dimensiones “internas” (mentales, espirituales, o como se llamen en cada cultura)? Allí, el sistema médico moderno encuentra sus límites, pero además levanta sus propias barreras. De cierta manera la esencia misma del sistema médico hegemónico es la mayor barrera para el cumplimiento con el derecho a la salud.

Al hablar de que su esencia es su mayor barrera, nos referimos a que la mirada biomédica, centrada en evidencias materiales y en la dimensión “externa” de lo humano, no solo carece de herramientas para una exploración del “interior”, más aún cuando este va más allá de las patologías mentales, sino que lo declara como inexistente y con ello rechaza toda una dimensión constitutiva de estos ciudadanos diferentes que pueden tener el mejor ánimo de participar en el desarrollo de su salud desde un enfoque de Atención Primaria.

Existe cierto cientificismo (Tart, 2013) en el campo de la salud para el cual son poco usuales los cuestionamientos a la exclusividad de un enfoque biomédico, ahistórico, reduccionista, centrado en un paradigma patogénico. Es difícil superar una visión mecanicista del cuerpo, así como es difícil integrar la proposición de un sistema de energías que escapan a las herramientas de observación con que contamos ahora, o la existencia de vinculaciones más estrechas y específicas de lo que hasta hace poco se aceptaba entre emociones y corporalidad, aun cuando cierta neurobiología da cuenta de ellas con cada vez mayor insistencia. A quienes pretendan dar una mirada a estos temas, el cientificismo convencional los acusa de disidentes, poco serios, infantiles, negligentes e incluso de locos, los desestima y descalifica en la mayoría los casos como “seudociencia”.

¿Qué puede decir el modelo médico hegemónico a cerca de una visión de la salud que implica la toma de enteógenos como parte del proceso constitutivo del hombre? Veamos por ejemplo el siguiente extracto de una entrevista:

“Para nosotros, el cerro Kampankis es nuestra vida. La naciente del cerro es nuestra columna vertebral, las laderas de ambos lados son nuestras costillas y las quebradas que nacen en los cerros son nuestras venas, los ríos las arterias por donde circula la sangre de nuestros ancestros, la lluvia que cae son sus lágrimas y la tierra nuestra madre que nos cobija. El aire que recibimos también son los suspiros de nuestros ancestros, los sonidos que escuchamos de las quebradas son las voces de nuestros viejos. El monte siempre ha sido nuestro, donde nuestros difuntos habitan, el lugar donde recurrimos cuando queremos encontrar la visión. Para tener sabiduría acudimos a la cascada, tomamos nuestro ayahuasca y ahí encontramos a nuestros parientes, difuntos espíritus que nos dan la visión y a los seres naturales que son los guardianes del bosque”
(Bernabé, secretario y responsable de Salud de AIDSESP – Asociación Interétnica para el Desarrollo de la Selva Peruana)

Luego de esta conversación le preguntamos a Bernabé qué pasaba con nuestro espíritu al morir, el del hombre blanco occidental o *apash*, dado que nuestra placenta no está enterrada en nuestra tierra. Su respuesta fue que nuestras almas vagarán en pena por el mundo buscando su tierra.

Evidentemente se trata de una visión que integra la dimensión interior como parte constitutiva de lo humano. Frente a realidades como estas existen varias posibilidades: 1) reprimirla, sea con violencia real o simbólica, es decir, generar procesos neocolonialistas asimiladores, intentar cambiar el pensamiento de personas que consideramos ignorantes; 2) soslayarla, lo que por un lado significa mantenerse desvinculados de la realidad comunal o establecer barreras para su acercamiento al sistema oficial de salud, y que además significa perder la oportunidad de conocer e integrar otra mirada de lo humano, negando con esta falta de curiosidad la esencia misma de la exploración científica; 3) apropiarnos del discurso étnico ajeno sin comprenderlo, incorporándolo a nuestra práctica como una estrategia de mercadeo del servicio (en muchos casos a esto se le reconoce como “adecuación cultural”), a nuestro juicio esta opción constituye un esfuerzo por tener un servicio igualitario, pero de quedarse en esta posición el sistema de salud solamente produce un autoengaño que a la postre no sirve para mejorar la vinculación del sistema oficial de salud con el poblador indígena y; 4) establecer un diálogo franco, este es el camino menos sencillo, pero más enriquecedor y que de cualquier manera tendrá efectos positivos sobre la salud de la comunidad (también llamado pertinencia cultural).

Integrar un enfoque intercultural debe significar un cambio en la situación actual, donde la dimensión interior de la persona tiene una posición secundaria dentro de las prioridades actuales del sistema médico hegemónico. Comparativamente a la inversión en investigación biomédica el estudio social de la medicina, el estudio energético (el que vincula polaridades eléctricas y magnetismos, para no entrar en asuntos más polémicos como los *nadis* o el *Qi*), el estudio de los conocimientos tradicionales de pueblos indígenas o antiguas civilizaciones (la relación calor-frío, los potenciales de los enteógenos, entre varios otros) es escaso. Los mayores logros en esta área se dan en el estudio de plantas medicinales, siempre bajo el enfoque biomédico que busca aislar sus elementos activos.

Se trata de campos sumamente prometedores, pero están proscritos porque llegado un punto cuestionan el principio básico de la modernidad científicista, la visión materialista-mecanicista del mundo, pero también la visión atea del mundo. Entendámonos, no se trata de reponer estructuras dogmáticas de poder o reponer mitologías descontextualizadas que sirvan como acto de fe y en muchos casos como una negación de la libertad y capacidad de autodeterminación humana. Se trata de explorar el campo de lo “interior” y ahí en cualquier comunidad humana encontraremos experiencias que van de problemas vinculados a las emociones y sus manejos a las llamadas experiencias trascendentales. Rechazar su existencia o pretender reducirlas al campo biomédico no solo es una estrategia ineficiente y que genera rechazo al sistema de salud oficial, sino que es una negación de una dimensión de lo humano y de su capacidad de agencia, es decir, es quitar derechos, negar ciudadanía, en resumen, discriminar.

Sobre el estudio de lo trascendente la ciencia suele aducir fácilmente que se trata de un conocimiento no racional, pero atendiendo a la razón como estructura lógica para el desarrollo de inferencias en base a premisas y conocimientos previos, no hay nada irracional en el estudio de lo trascendente, lo que sucede es que las premisas de partida arman otra cosmología, sobre todo asentada en la igualdad interna original de todo lo que existe. Frente a esto se señala una cosmología “no objetiva” o a una gnoseología y epistemología no válidas, lo que abre el debate sobre la metodología. La respuesta de la ciencia siempre vuelve a convenciones limitadas que no hay disposición a trascender, pues un estudio que tiene por base misma lo no material (por ejemplo, lo mental) es un estudio de algo que se presupone no existe o no puede asirse.

Como hemos señalado, en muchos casos la experiencia extática, religiosa, trascendental, espiritual o mágica está en el centro de la problemática de salud comunal y por tanto las propias comunidades han desarrollado a lo largo del tiempo sistemas de salud locales, que lamentablemente la ciencia ha explorado poco.

En el cientificismo del campo médico hay una fuerte aversión a la pérdida del prestigio y todo el peso de la metodología como fuente de rigor académico está en el centro de eso que la crítica posmoderna llamó “salirse de la foto”; es decir, pretender hablar como si uno no estuviera ahí, como si “el método” estuviera escribiendo el estudio. También está detrás una falsa equiparación entre materialismo y realidad, y entre subjetividad e ilusión.

Poner estos temas en agenda es importante porque si, como hemos propuesto, entendemos interculturalidad como diálogo y recreación mutua, la actitud frente a los saberes tradicionales que el sector salud suele presentar no llegan en el mejor de los casos a configurar más que una propuesta de adecuación cultural, que como se ha señalado tiende a quedarse en acciones afirmativas residuales, no genera ciudadanía ni constituye una puesta en pleno de los derechos humanos, es solo un primer paso hacia la igualdad.

IV. PUEBLOS INDÍGENAS

4.1 *¿Qué es un Pueblo Indígena?*

No hay una definición única o precisa sobre qué es un pueblo indígena. En nuestro mundo, al que llamamos occidental, o moderno, se asume que lo indígena es un resabio de un tiempo pasado, se da por sentado que la forma de vida de nuestras ciudades es mejor o más evolucionada, y lo indígena es visto con desprecio y discriminación. Una serie de categorías son asociadas a lo indígena, y estas son arbitrariamente entendidas como inferiores, por ejemplo: rural o no hispanohablante. Otra serie de categorías más se le asocian, considerándolas como un correlato de lo indígena, por ejemplo: pobre o analfabeto.

En general estas ideas expresan un gran desconocimiento sobre la realidad indígena y sobre la misma historia de nuestra sociedad. Por ello, se hace necesario empezar brindando información general.

Primero diremos que al señalar a alguien como indígena se está utilizando una categoría de identificación. Cada uno de nosotros hace uso de distintas categorías de identificación, nuestra imagen como persona contiene distintas dimensiones: género, clase, cultura, lengua, etnia, profesión, procedencia, entre otras. Así, tenemos: mujeres campesinas, quechua hablantes chopccas, tejedoras de Huancavelica; o un hombre, cafetalero, asháninka de Satipo. No todos usamos las mismas categorías en todos los momentos y a veces ciertas categorías pasan desapercibidas o incluso están ausentes, como la categoría étnica entre la mayoría de habitantes de clase media hispanohablantes de la ciudad de Lima.

La categoría indígena hace referencia a ciertos elementos que bien pueden expresarse a través de los intentos definición de pueblos indígenas. Una de las definiciones más conocida es la que propone la Organización Internacional del Trabajo en el llamado convenio 169. Este sostiene que se puede considerar indígena a:

- Los descendientes de aquellos que habitaban el área antes de su colonización.
- Que han mantenido sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas desde la época de la colonización y el establecimiento de los nuevos estados.
- Finalmente, la auto-identificación es crucial para los pueblos indígenas. Este criterio ha sido aplicado por ejemplo en los acuerdos sobre reclamo de territorios entre el gobierno canadiense y los inuit de los Territorios del Noroeste.

Esta definición hace referencia a la continuidad histórica de características objetivas (instituciones sociales, económicas, culturales o políticas) y a características subjetivas (la autoidentificación).

Sin embargo, esta no es la única definición que se ha propuesto, otras definiciones hablan de sometimiento a una estructura estatal, haciendo énfasis en la diferencia de poder. En otros casos se separa alguna característica cultural específica como la lengua.

El segundo elemento del concepto que tocamos acá es “pueblo”. Se trata de una categoría intermedia y no necesariamente aceptada por todo el mundo. Al decir que es una categoría intermedia queremos señalar que “pueblo” no hace referencia sencillamente a una acumulación de personas, pero tampoco es una categoría tan específica como nación, una “comunidad imaginada” estrechamente, pero no necesariamente vinculada a un Estado.

Sin embargo, la categoría de pueblo no es aceptada por todos los indígenas, por ejemplo, en Ecuador estos se autodenominan naciones y reclaman que no existe ninguna diferencia entre ellos y otras comunidades imaginadas que reciben ese nombre. En estos países la etnicidad ha estado fuertemente vinculada a la búsqueda de formas de gobierno más adecuadas. Este no es el caso en todas partes y la categoría pueblo termina siendo una categoría flexible, que no configura directamente un reclamo de autonomía política pero que no niega esta posibilidad.

4.2 *¿Cuántos son y dónde se encuentran?*

Según el International World Group for Indigenous Affairs, actualmente existen no menos de 370 millones de personas indígenas en el mundo, distribuidos en alrededor de 5000 pueblos. Una cifra importante que nos recuerda la resistencia de lo indígena y lo forzado que resulta denominarlos minoría.

En el Perú, actualmente contamos con una base de datos de los pueblos indígenas (gracias al Ministerio de Cultura). Según la base de datos del Ministerio de Cultural del Perú, nuestro país cuenta con 55 pueblos indígenas (y 52 lenguas), 4 andinos y 51 amazónicos, distribuidos en prácticamente todas las regiones del país. Además, el Perú es uno de los pocos países del mundo donde aún existen pueblos indígenas en aislamiento voluntario.

Según el censo del 2007 tiene con 4 millones de indígenas (15% de la población del país), siendo 3 millones 800 mil de origen andino (92% de la población indígena) y 332 mil de origen amazónico (8% de la población indígena). Los quechuahablantes son la mayoría, pero su porcentaje en relación a la población nacional viene disminuyendo (1961-2007: 32.8%-13%). Lo mismo sucede con los aymarahablantes, el segundo grupo mayoritario (1961-2007: 3.5-17%).

Sin embargo, existen debates acerca de esta cifra, pues uno de los problemas es que hasta el momento los cálculos sobre la identidad indígena se hacen en base a la lengua materna. Se calcula sin embargo que esta cifra puede ser significativamente mayor. Si se usan otras variables la información es reveladora, por ejemplo, según el censo agrario del 2012 en el 73% de las 5000 comunidades campesinas del Perú se habla un idioma indígena, el 70% de las comunidades mantienen tierras comunales, 88% practica un trabajo comunal, 37% recorre a curanderos.

4.3 *¿Qué características particulares tienen los pueblos indígenas en cuanto a su salud?*

Según el informe *Salud en las Américas*, la estratificación social determina inequidades en la salud mediante exposición diferencial a riesgos y a través de vulnerabilidades diferenciales; la raza y el grupo étnico son determinantes estructurales de la salud: “La discriminación y la exclusión racial y étnica afectan todas las esferas de oportunidades a lo largo de la vida, incluidas las relacionadas con la salud” (OPS, 2012a:17).

Obtener información sobre el estado de salud de los pueblos indígenas del Perú es difícil, esto debido a que se carece de estadística desagregada por grupo étnico. En la actualidad, aunque el Ministerio de Salud ha creado los códigos para la identificación de la pertenencia étnica y la descendencia étnica, la práctica del registro de esta información nos está expandida. Sin embargo, tenemos alguna información proveniente de informes defensoriales, de los Análisis

de la Situación de la Salud en los Pueblos Indígenas, del estado de la infancia indígena elaborado por UNICEF, entre otros. Parte de esta información corresponde solo a población indígena amazónica, pero nos puede servir como una referencia en la cual los pueblos indígenas del área andina se podrán reconocer fácilmente.

Para hacer un resumen de los principales hallazgos de estos estudios, según el informe defensorial sobre el estado de salud de la población indígena amazónica, los pueblos indígenas se encuentran actualmente en un estado de acumulación epidemiológica, pues además de las enfermedades infectocontagiosas recurrentes se ha advertido morbilidades que se desprenden de cambios como la urbanización, la migración, la contaminación.

El Informe Defensorial N° 169 de la Defensoría del Pueblo advierte sobre el aumento creciente de distintas enfermedades contagiosas en población indígena, entre ellas el VIH y la TB. Sobre el primero señala: “dadas las características económicas y socioculturales de los pueblos indígenas, la epidemia podría generalizarse rápidamente” (Defensoría del Pueblo, 2015:34) y sobre la tuberculosis señala: “... si bien los pueblos indígenas son una minoría del total de contagiados, cuando la enfermedad llega a una población no expuesta (como la indígena) se presenta de forma más agresiva” (ídem: 35). Todo esto da cuenta de la exposición diferencial a riesgos y la mayor vulnerabilidad que anotamos poco antes al mencionar la relación entre posición social y salud. Respecto a las infecciones de transmisión sexual lo más preocupantes es el incremento de casos de VIH. Asimismo, dos problemas de alta incidencia fueron la desnutrición infantil y la desatención de la salud mental, vinculada en muchos casos a casos de suicidio.

Los problemas de salud de la población indígena suelen estar vinculados al acceso y la disponibilidad de los servicios de salud. Estos no solo suelen encontrarse entre varias horas y varios días de distancia de las comunidades campesinas o nativas, sino que carecen de personal suficiente o de personal que domine el idioma local, o en su defecto personal que conozca la realidad y que haya recibido formación en salud intercultural. En muchos casos la población carece del Seguro Integral de Salud. Los establecimientos suelen estar también mal equipados, a veces sin servicios básicos, sin equipamiento diagnóstico y sin medicinas o vacunas suficientes. Asimismo, los establecimientos cuentan con insuficiente capacidad logística y de transporte, lo que dificulta la referencia de las emergencias.

El Estado de la niñez indígena del Perú 2010, elaborado por UNICEF, contiene información valiosa para evidenciar la relación etnicidad-salud. Según este informe la desnutrición crónica en niños menores de 5 años al 2009, que a nivel nacional era de 18%, crece especialmente en las regiones con más de 25% de población con lengua materna originaria: Huancavelica (43%), Cusco (32%), Ayacucho (31%). El porcentaje de adolescentes de 15 a 20 años con al menos un hijo nacido vivo al 2007, según lengua materna, va como sigue: castellano (15%), quechua (20%), asháninka (44%), otras lenguas originarias (39%). En el mismo sentido de la información precedente, el acceso a agua mejorada para menores de 18 años según lengua materna es, en promedio: 68% (castellano), 28% (aymara), 37% (quechua) y 12% (otras lenguas originarias) (UNICEF, 2010).

Otros estudios reiteran estos hallazgos para poblaciones específicas. Una investigación más reciente de la OPS, sobre salud y nutrición en niños menores de cinco años en las provincias de Bagua y Condorcanqui de la región Amazonas¹⁹, nos permite comparar a la población indígena con la población nacional. En lo relativo al abastecimiento de agua potable mientras el 20% de la población no indígena carece del servicio, esta cifra se eleva a 61% en la población indígena. Con respecto a la disposición e excretas se puede apreciar que el acceso a un servicio adecuado es de 42% en población no indígena y de solo 3% en población indígena. Esta misma relación se reitera en diversos indicadores, por ejemplo: cobertura de control de

¹⁹ Población awajún y wampís.

crecimiento (61% no indígena - 44% indígena); parto institucional (61% no indígena – 14% indígena); prevalencia de desnutrición crónica (22% no indígena – 56% indígena) (OPS, 2012 b). Información similar se compila para otros pueblos por parte de investigaciones de distintos sectores del Estado, centros de investigación y organismos no gubernamentales.

4.4 *Derechos de los Pueblos Indígenas*

La preocupación por el tema indígena y por la interculturalidad toman mayor impulso durante la segunda mitad del siglo XX como producto de dos *fuerzas* de la globalización, una centrípeta que impulsa la concertación de marcos comunes de carácter internacional para la ampliación de derechos, fuertemente centrada en los organismos de NN.UU. y cuyo mayor interés es la mejora de las condiciones de *inclusión*; y otra centrífuga, que tiende a una multiplicidad de demandas de reafirmación de la diversidad de carácter local, impulsada en Latinoamérica sobre todo por organizaciones indígenas y más preocupada por el *reconocimiento*. Es claro que ambos enfoques son complementarios, la reafirmación cultural iguala las condiciones que posibilitan el diálogo²⁰.

En el origen de las reivindicaciones indígenas el Grupo de Trabajo sobre Poblaciones Indígenas (1982), nacido dentro de la Subcomisión de la ONU para la Prevención de la Discriminación y la Protección de las Minorías, juega un papel muy importante, sobre todo en el reclamo por *inclusión*: “La filosofía dominante era la de acabar con la exclusión y la marginación y promover la integración y la igualdad entre todas las personas dentro de las sociedades nacionales. [...] Pero cuando intentó trabajar en el segundo aspecto de su mandato, centrándose en la protección de minorías, fue durante mucho tiempo ignorada por la comisión de Derechos Humanos” (Eide, 2010:37-38).

Otra fuente de reivindicaciones indígenas, más preocupada por el *reconocimiento*, han sido las propias organizaciones indígenas, que entre los años ochenta y noventa del siglo XX comienzan a cobrar dimensiones transnacionales: “Herederas de décadas de interacción con los Estados y otros actores políticos, una nueva generación de líderes, organizaciones y redes hace su aparición en la escena latinoamericana de ese momento [...] A través de su progresiva integración en redes transnacionales indígenas como las ahora frustradas experiencias del Consejo Indio de Sudamérica (CISA), la Coordinación de Organizaciones Indígenas de la Cuenca Amazónica (COICA), o el más global Consejo Mundial de Pueblos Indígenas (WCIP)” (Rodríguez-Piñero, s/f). Estas organizaciones son las que impulsan eventos de gran dimensión como el *I Encuentro Continental: Quinientos Años de Resistencia Indígena* (1990) en Quito, Ecuador, y la *Campaña Continental 500 años de Resistencia Indígena, Negra y Popular*, que se realizó en Estelí, Nicaragua, en 1992. Con estos antecedentes, la ONU declara en 1993 el *Año Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo* y en 1994 el *Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo* (OPS, 1997a). En este contexto la Organización Mundial de la Salud desarrolla diversas acciones que se verán influidas por las dos tendencias señaladas.

Elaborado un año antes y justificado sobre una revisión *contextual* que muestra cómo los pueblos indígenas se han integrado históricamente de forma excluyente en las sociedades nacionales -lo que se aprecia en el racismo cotidiano, la destrucción de los ecosistemas donde viven, la inexistencia práctica de derechos políticos, entre otros-, el documento base del I Taller Hemisférico sobre Salud y Pueblos Indígenas (OPS, 1993a) apela a una mirada social de la salud, plantea necesidades específicas de los pueblos indígenas y presenta una interpretación de las prácticas propias de cuidado de la salud entre ellos.

El I Taller Hemisférico lleva poco después a *La Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas* (SAPIA), que identifica cinco principios que regirán el trabajo de la OPS y los Estados miembros con los pueblos: la necesidad de un enfoque integral de la salud, el derecho a la

²⁰ Al respecto se puede revisar el texto de Tubino referido en la bibliografía.

autodeterminación, el respeto y revitalización de las culturas indígenas, la reciprocidad en las relaciones y el derecho a la participación sistemática (OPS 1993b: 1). Ese mismo año el consejo directivo de la OPS aprueba las propuestas contenidas en la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas y expresa su voluntad política emitiendo la resolución CD37.R5 (OPS, 1993c), que fuera ratificada en 1997 con la resolución DC40.R6 (OPS, 1997b). Además, se dará inicio a planes de acción de cuatro años, terminando el último el año 2007.

Además de las mencionadas, a nivel internacional y nacional, el marco general de protección de derechos de los pueblos indígenas está conformado como sigue:

A nivel internacional

- Declaración Universal de los Derechos Humanos
- Convenio 169 OIT Derechos de los Pueblos Indígenas
- Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas
- Declaración de la OEA sobre los derechos de los pueblos indígenas

A nivel nacional

- Ley General de Salud 26842, Artículos 2, 4 y 17, que establece que la promoción de la medicina tradicional es de interés y atención preferente del Estado.
- Ley de Igualdad de Oportunidades 28983, que señala la necesidad de respetar la realidad pluricultural, multilingüe y multiétnica, promoviendo la inclusión social, la interculturalidad, el diálogo e intercambio en condiciones de equidad, democracia y enriquecimiento mutuo.
- Ley del Derecho a la Consulta Previa a los Pueblos Indígenas u Originarios 29785
- Política Sectorial de Educación Intercultural y de Educación Intercultural Bilingüe
- Política Sectorial de Salud Intercultural
- Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural.

Entre los derechos reconocidos por esta normativa vale la pena señalar lo siguiente:

El Convenio N° 169 de la OIT

Artículo 25

1. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.
2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.
3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.
4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.

Artículo 30

1. Los gobiernos deberán adoptar medidas acordes a las tradiciones y culturas de los pueblos interesados, a fin de darles a conocer sus derechos y obligaciones, especialmente en lo que atañe al trabajo, a las posibilidades económicas, a las cuestiones de educación y salud, a los servicios sociales y a los derechos dimanantes del presente Convenio.

2. A tal fin, deberá recurrirse, si fuere necesario, a traducciones escritas y a la utilización de los medios de comunicación de masas en las lenguas de dichos pueblos.

Declaración Universal de los Derechos de los Pueblos Indígenas de las Naciones Unidas

Artículo 23

Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar y a elaborar prioridades y estrategias para el ejercicio de su derecho al desarrollo. En particular, los pueblos indígenas tienen derecho a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud, vivienda y demás programas económicos y sociales que les conciernan y, en lo posible, a administrar esos programas mediante sus propias instituciones.

Artículo 24:

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas, animales y minerales de interés vital desde el punto de vista médico. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud.

Declaración de la Organización de Estados Americanos OEA sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas

SECCIÓN SEGUNDA: Derechos Humanos y Derechos Colectivos

Artículo 28: Salud

1. Los pueblos indígenas tienen derecho en forma colectiva e individual al disfrute del más alto nivel posible de salud física, mental y espiritual.
2. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propios sistemas y prácticas de salud, así como al uso y la protección de las plantas, animales, minerales de interés vital, y otros recursos naturales de uso medicinal en sus tierras y territorios ancestrales.
3. Los Estados tomarán medidas para prevenir y prohibir que los pueblos y las personas indígenas sean objeto de programas de investigación, experimentación biológica o médica, así como la esterilización sin su consentimiento previo libre e informado. Asimismo, los pueblos y las personas indígenas tienen derecho, según sea el caso, al acceso a sus propios datos, expedientes médicos y documentos de investigación conducidos por personas e instituciones públicas o privadas.
4. Los pueblos indígenas tienen derecho a utilizar, sin discriminación alguna, todas las instituciones y servicios de salud y atención médica accesibles a la población en general. Los Estados en consulta y coordinación con los pueblos indígenas promoverán sistemas o prácticas interculturales en los servicios médicos y sanitarios que se provean en las comunidades indígenas, incluyendo la formación de técnicos y profesionales indígenas de salud.

V. POLÍTICA SECTORIAL DE SALUD INTERCULTURAL

Dentro del más amplio marco de derechos expuesto previamente, cabe dar un lugar especial a la Política Sectorial de Salud Intercultural, aprobada con Decreto Supremo N° 016-2016-SA. Este es un hito especial para la consecución del derecho a la salud de los diferentes pueblos del Perú.

La diversidad cultural existente en el Perú hace necesaria la generación de políticas que faciliten la atención de los pueblos indígenas u originarios y de la población afroperuana, respetando la identidad étnica y cultural de cada uno de ellos.

Se trata de colectivos que han sido excluidos históricamente, y ello está asociado a la condición de vulnerabilidad que actualmente tienen. En lo que respecta a su situación de salud, a pesar de la carencia de registros estadísticos confiables, se sabe que es sumamente precaria, lo que se evidencia en las altas tasas de mortalidad materna e infantil, malnutrición

y prevalencia de enfermedades infecciosas²¹. Entre los factores que dan lugar a este escenario están:

- Insuficiencia en el financiamiento de programas y servicios de salud,
- poca o nula capacidad del personal de salud para tratar aspectos vinculados a las culturas locales,
- discriminación,
- analfabetismo,
- limitado acceso a servicios públicos y sociales,
- narcotráfico,
- problemas medioambientales, entre otros

Se ha demostrado que la incorporación del componente intercultural -entendiendo a la interculturalidad como la “habilidad para reconocer, armonizar y negociar las múltiples diferencias”- en el sistema de salud permite abordar varios de estos factores, contribuyendo con ello al aumento en el uso de los servicios de salud por parte de pueblos indígenas u originarios y población afroperuana. Asimismo, en tanto promueve el reconocimiento, valoración e incorporación de los conocimientos y prácticas locales, contribuye a la disminución de la percepción de incomprensión y maltrato y, por tanto, a una mejora en la calidad de dichos servicios.

Sin embargo, los avances en el desarrollo de un sistema de salud culturalmente pertinente no están articulados y carecen de sostenibilidad. Se trata de medidas aisladas y dependientes de los cambios y decisiones en el nivel regional de gobierno, lo que dificulta considerablemente alcanzar el propósito de la igualdad en el acceso a servicios de calidad en lo que respecta a asistencia médica, hospitalaria y farmacéutica.

Ante ello, el Ministerio de Salud (MINSA), a través del Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI) del Instituto Nacional de Salud (INS), planteó la necesidad de la implementación de una política sectorial que regule las acciones de salud intercultural. Es por ello que, en el marco del proceso de reforma de sector salud, se aprobó el Decreto Supremo N° 016-2016-SA, que aprueba la Política Sectorial de Salud Intercultural (PSSI).

En tanto instrumento que pretende colaborar a la construcción de un Estado multilingüe, multiétnico y pluricultural, la PSSI está basada en tres principios:

- **Participación y concertación**, plasmado en los procesos de diseño, implementación y evaluación de la política.
- **Igualdad y no discriminación**, por el que se le dan las mismas condiciones, trato y oportunidades a todos los ciudadanos, sin distinguir clase, sexo, edad, creencias, etnia o cultura.
- **Legalidad**, que orienta las acciones de la política en función a la normativa nacional e internacional vigente.

Asimismo, se basa en nueve enfoques:

- **De intersectorialidad**, promoviendo la participación oportuna, eficiente, coordinada y complementaria de los sectores del Poder Judicial involucrados en la PSSI.
- **De interculturalidad**, promoviendo el intercambio y el aprendizaje a través del diálogo constructivo en igualdad de condiciones entre miembros de diversas culturas.
- **Intergubernamental**, involucrando en las intervenciones de la PSSI a los diferentes niveles de gobierno (nacional, regional y local).
- **De inclusión social**, promoviendo el reconocimiento y valoración de conocimientos y prácticas de los pueblos indígenas u originarios y de la población afroperuana, y con

²¹ Para más información sobre este tema, se pueden revisar los Análisis de Situación de Salud de diferentes pueblos indígenas u originarios, elaborados por la Oficina General de Epidemiología (posteriormente Dirección General de Epidemiología, actualmente Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades).

ello posibilitando una mejora en el acceso a la salud de estos colectivos históricamente excluidos.

- **De derechos humanos**, evitando cualquier posibilidad de diferenciación en el ejercicio de los derechos y en el goce de las oportunidades.
- **De género**, identificando papeles y tareas realizadas por hombres y mujeres y reconociendo las relaciones de poder que generan las brechas de género.
- **De interseccionalidad**, relacionando las diferentes condiciones sociales, económicas y política que dan lugar a la desigualdad social.
- **Para resultados**, considerando el ciclo de las intervenciones públicas, los productos generados y las estrategias y recursos utilizados para el logro de resultados posteriormente fiscalizados y evaluados.
- **Decosto benefico**, promoviendo una mejora en los principales indicadores sanitarios en pueblos indígenas u originarios y en la población afroperuana.

La PSSI tiene como objetivos: a) otorgar acceso a servicios de salud que brinden una atención integral, de calidad y culturalmente pertinente a los pueblos indígenas u originarios y a la población afroperuana; b) articular el conocimiento médico convencional con los conocimientos tradicionales en los establecimientos de salud que atienden a dichos colectivos; c) dotar al personal de dichos establecimientos de competencias y habilidades en salud intercultural; d) implementar mecanismos de participación de los colectivos en los procesos de gestión, prestación y evaluación de los servicios de salud.

Fue elaborada en base a cuatro ejes, cada uno con sus respectivas líneas de acción:

Primer eje de la PSSI: Garantizar el derecho a la salud desde los enfoques intercultural, de derechos, de género e inclusión social en la prestación de los servicios de salud para los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos, así como para la población afroperuana.

En concordancia a la normativa nacional e internacional, se busca institucionalizar el diálogo intercultural entre prestadores y usuarios de los servicios de salud. Se promueve, además:

- La difusión de conocimientos sobre los enfoques de derechos, género e interculturalidad en salud entre los usuarios.
- La mejora de la calidad de atención en salud intercultural (sin descuidar componentes como la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud o la accesibilidad, por ejemplo).
- La erradicación de la discriminación por parte de los proveedores.
- La incorporación prioritaria de estos colectivos en el Aseguramiento Universal de Salud (AUS).
- El desarrollo de intervenciones diferenciadas y culturalmente pertinentes.
- El desarrollo e implementación de normativa culturalmente pertinente, priorizando a aquellos colectivos en los que se desarrollan actividades extractivas o de transformación.

Segundo eje de la PSSI: Fomentar la medicina tradicional o ancestral y su articulación con la medicina convencional.

Se reconoce la importancia y valor de la medicina tradicional en los pueblos indígenas u originarios y en la población afroperuana, por lo que se promueve:

- Registrarla como Patrimonio Cultural Inmaterial de la Nación.
- Fortalecer del trabajo comunitario con agentes de medicina tradicional o ancestral - hombres y mujeres reconocidas en sus comunidades por los conocimientos tradicionales orientados a la atención en salud que han aprendido a través de la transmisión oral o de la práctica permanente-.
- Recopilar, revalorizar, rescatar, conservar y difundir los conocimientos en medicina tradicional o ancestral.

- Fomentar su uso entre el personal de salud de los establecimientos que atienden a pueblos indígenas u originarios y a población afroperuana y el trabajo conjunto de ellos con los agentes de medicina tradicional o ancestral.
- Promover junto a la población la conservación de la diversidad biológica y de los conocimientos tradicionales y ancestrales asociados a la salud.
- Desarrollar investigaciones sobre medicina tradicional y procesos de salud-enfermedad en pueblos indígenas u originarios y en población afroperuana.
- Desarrollar proyectos de salud intercultural con pueblos indígenas u originarios y población afroperuana.
- Establecer alianzas a diferentes niveles (intersectorial, intergubernamental y comunal) para la protección y promoción de la salud de los referidos colectivos.

Tercer eje de la PSSI: Fortalecer capacidades y habilidades de los recursos humanos en salud intercultural.

Se reconoce la necesidad de elaborar planes de estudio para la formación intercultural de recursos humanos en salud, tanto en pregrado como en posgrado, para lo que se propone:

- Llevar a cabo acciones para el desarrollo de capacidades y habilidades en salud intercultural dirigidas a recursos humanos en salud, agentes decisores y agentes de medicina tradicional o ancestral.
- Promover la articulación de la medicina tradicional o ancestral con la medicina convencional, a partir de la capacitación del personal de salud en conocimientos tradicionales y el trabajo conjunto entre ellos y los agentes de medicina tradicional o ancestral.
- Establecer mecanismos de incentivo y estímulo para el personal de salud que haya sido capacitado en salud intercultural o preste servicios a pueblos indígenas u originarios y población afroperuana.
- Capacitar a personal de salud perteneciente a pueblos indígenas u originarios o a la población afroperuana, y promover su incorporación a establecimientos de salud en los que atiendan a personas pertenecientes a su colectivo.

Cuarto eje de la PSSI: Fortalecer la identidad cultural y la participación de los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana en los servicios de salud.

En lo que respecta a la planificación en salud comunitaria, se reconoce la importancia y necesidad del trabajo participativo de hombres y mujeres pertenecientes a, en igualdad de condiciones, para lo que se propone:

- Implementar acciones afirmativas para asegurar la participación de organizaciones de mujeres.
- Proponer acciones coordinadas con las organizaciones representantes de los pueblos indígenas u originarios y la población afroperuana para la ejecución, seguimiento, monitoreo y evaluación de los planes y programas de salud dirigidos a los pertenecientes a dichos colectivos.
- Establecer mecanismos que valoren, promuevan y fortalezcan las prácticas y conocimientos tradicionales y ancestrales en los programas y actividades del sector salud.
- Articular actividades del sector privado y de la sociedad civil en lo que respecta a atención y/o prevención en salud.

El seguimiento de la PSSI es responsabilidad de los gobiernos nacional, regional y local, que deben monitorear sus actividades de salud intercultural de acuerdo a los siguientes estándares de cumplimiento: instrumentos de salud intercultural, participación de los colectivos en cuestión, vigilancia ciudadana, disponibilidad de información, asignación presupuestal y estímulo, supervisión y control.

VI. MEDICINA TRADICIONAL

Definir lo que es medicina tradicional puede parecer problemático. Bajo ese rótulo se suelen agrupar diferentes prácticas curativas desarrolladas en el marco de la denominada “medicina no académica”; y, consecuencia de ello, es utilizado como sinónimo de medicina popular, medicina folklórica, medicina naturista, entre otros (Carmona, 2009). Por otro lado, la referencia a lo tradicional da lugar a una visión estática de la sociedad en cuestión, descartando cualquier posibilidad de incorporación de elementos de otras tradiciones médicas en el repertorio de respuestas frente a las enfermedades (Delgado Súmar, 2001a), e, incluso, puede asociarse con una resistencia al cambio por parte de la población (Menéndez, 1994).

A pesar de esas dificultades, contamos con dos definiciones que pueden ser de utilidad para esclarecer el panorama.

- 1) Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la medicina tradicional es la suma de conocimientos, capacidades y prácticas desarrolladas en un determinado contexto cultural con el objetivo de prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar distintas enfermedades, teniendo como base las teorías, creencias y experiencias de la población (OMS, 2013).
- 2) El Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI) del Instituto Nacional de Salud (INS) elaboró el Documento Técnico: Diálogo Intercultural en Salud, en el que define a la medicina tradicional como “el conjunto de prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades” (INS, 2014). La definición del INS reconoce, además, la importancia de lo ritual, la cosmovisión, las particulares concepciones de salud/enfermedad, los criterios de legitimación, los procedimientos y los agentes inmersos en la medicina tradicional (*ibíd.*).

Entonces, en síntesis, podemos decir que la medicina tradicional es: *un conjunto de conocimientos y prácticas sanitarias no desarrolladas en el seno de la medicina oficial o convencional. Está basada en la cosmovisión y cultura particular de cada sociedad, es reconstruida constantemente a partir de la interacción con elementos de otras tradiciones médicas y transmitida oralmente entre generaciones. Es ejercida por especialistas reconocidos y legitimados, quienes manejan un repertorio de recursos terapéuticos para el diagnóstico, tratamiento y prevención de distintas enfermedades.*

Para el caso andino, encontramos todos estos elementos, los cuales difieren de acuerdo a la zona en la que se desarrollan. Sin embargo, estas diferencias no son sustanciales y están asociadas a la expresión de la base cosmológica, las prácticas diagnósticas y curativas y el grado de influencia de la religiosidad externa (Delgado Súmar, 2001b).

6.1 Cosmovisión y cultura

La salud entre la población andina es descrita en términos del equilibrio entre el hombre, la naturaleza, la sociedad y los seres sobrenaturales (Delgado Súmar, 2001c). La desestabilización de este equilibrio -esto es, la enfermedad-, puede ser atribuida a diversas causas. Frisancho (2009) identificó que entre las más recurrentes están:

- enojo de los espíritus o deidades
- actividad de los espíritus de los muertos o “gentiles” cuyas tumbas han sido profanadas
- penetración del supay o “diablo” en el cuerpo de una persona
- maleficios o brujería
- emociones intensas como la cólera o el miedo
- agentes como el frío, el calor o los relámpagos

- traumatismos físicos
- animales, principalmente reptiles y batracios
- funciones corporales trastornadas
- fenómenos astronómicos

Para el caso de Churcampa, Portocarrero *et al* (2015a) encuentran otros causales, como los excesos en el trabajo, la comida y la bebida; las conductas inapropiadas; las faltas a las normas familiares y comunales; los desacomodos de los órganos internos del cuerpo y la pérdida de energía vital.

Y así como hay una amplia variedad de posibles causas, existen diversas afecciones que les corresponden.

Al hablar de medicina tradicional, estas afecciones reciben la denominación de síndromes culturales. Estos pueden ser definidos como los padecimientos cuyas causas no pueden ser identificadas por la medicina convencional -y por lo tanto no son reconocidos oficialmente-, que se desarrollan en base a las experiencias de un determinado grupo cultural y pueden modificarse de acuerdo al contexto social, político o económico (Portocarrero & Palma, 2013)

En el mismo trabajo, Portocarrero y Palma proponen una categorización de los síndromes culturales identificados en Churcampa:

- 1) Los de origen sobrenatural, causados por la sustracción de la fuerza vital de una persona (por ejemplo, a partir del contacto con alma de personas fallecidas).
- 2) Los de origen humano, causados por las energías, sentimientos o emociones de una persona (por ejemplo, a partir del temor o la tristeza).
- 3) Los de origen natural, causados por las fuerzas naturales o por las condiciones de vida de la persona (por ejemplo, a partir de la sobrecarga laboral).

Son siete los síndromes culturales más frecuentes en esta zona (*ibíd.*):

- Betawayra, perteneciente al primer tipo. También conocido como Riqueza Onqoy, está asociado a la emanación de minerales de las betas y los yacimientos mineros, los síntomas que presenta son dolores de cabeza, desmayos, erupciones cutáneas, entre otros.
- Chacho, perteneciente al primer tipo. Síndrome común que se manifiesta, principalmente, con diarreas, vómitos y fiebre.
- Susto, perteneciente al segundo tipo. Causado por una fuerte impresión, presenta una amplia variedad de síntomas, como vértigo, náuseas, cefaleas, fiebre, falta de apetito, entre otros.
- Lomo ñati, perteneciente al tercer tipo. Vinculado al recalco, se manifiesta con malestares gástricos y a veces en todo el cuerpo.
- Recalco, perteneciente al tercer tipo. Síndrome común que se manifiesta con dolores en diversas partes del cuerpo.
- Mal aire, perteneciente al tercer tipo. Causada por la exposición al viento, se manifiesta con dolores de cabeza, mareos, debilidad, entre otros síntomas.
- Huicsa kuyu, perteneciente al tercer tipo. Implica un cambio de posición del ombligo o estómago, se manifiesta a través de palidez, debilidad y ojos hundidos.

6.2 *Terapeutas tradicionales y recursos terapéuticos*

Los síndromes culturales previamente descritos son manejados por especialistas en el tema, denominados terapeutas tradicionales -a veces agentes de medicina tradicional-. Su lugar en la sociedad oscila entre la figura de un sabio -conocedor de las formas de comunicación con seres sobrenaturales- y la de un “médico” -una persona con los conocimientos para darle solución a los problemas sanitarios en la comunidad-, funciones que pueden ser realizadas

independientemente por distintos especialistas o que pueden complementarse en el trabajo de especialistas que manejan ambos tipos de conocimientos (Delgado Súmar, 2001d).

Así, existen diversos tipos de terapeutas tradicionales, como los espiritistas, rezadores, sobadores, parteras, hueseros, adivinadores de la suerte -a partir de la lectura de coca, la pasada de cuy, la lectura del maíz, la lectura de cartas del Tarot, etc.-, intérpretes de sueños, herbolarios, entre otros (*ibíd.*).

Los saberes son heredados por los ancestros de los terapeutas tradicionales y, eventualmente, pueden ser complementados o transformados a partir de la incorporación de conocimientos de otras tradiciones, de grupos religiosos -como los grupos evangélicos en Churcampa, que le atribuyen muchos de los males en la zona a la presencia del “diablo”- o de la biomedicina (Portocarrero *et al*, 2015b).

En el caso peruano, hay tres formas en las que los terapeutas tradicionales pueden iniciarse en los saberes terapéuticos: la selección natural/mítica -evidenciada en manifestaciones de seres superiores-, la enseñanza de un maestro o el aprendizaje a partir de la experiencia (*ibíd.*). En Churcampa, la mayoría de terapeutas tradicionales adquirió conocimientos frente a una necesidad -un pariente enfermo, por ejemplo- y fue acumulando prestigio entre su comunidad a partir de su efectividad (*ibíd.*).

Los procedimientos y recursos usados en las diferentes etapas del proceso de atención son variados. Pueden usarse elementos vegetales -como las hojas de coca para la adivinación-, animales -como los cuyes para el diagnóstico-, minerales -como las piedras para la adivinación-, humanos -como el pulso o el orín para el diagnóstico- o biomédicos -como los enemas para el tratamiento- (Delgado Súmar, 2001e 2001f).

Estos son usados o administrados de diferentes maneras y en diferentes contextos y pueden ser complementados con prácticas físicas -como los masajes o el acomodo para las gestantes-, rezos, limpiezas o pagos -es decir, entrega de ofrendas a la espera de un favor determinado o la disculpa por algún acto indebido cometido-, en los que la reciprocidad juega un rol vital (Delgado Súmar, 2001g).

6.3 Integración de la medicina tradicional en los sistemas de salud

Los fundamentos de la medicina oficial o convencional y de la medicina tradicional difieren en muchos aspectos. En el caso de la primera, es organicista -su eje referencial es el cuerpo humano, sus órganos y sus sistemas corporales-, curativa -se enfoca en el diagnóstico y tratamiento, mas no en la prevención- y especializada -desde una visión estructuralista del cuerpo, en la que cada órgano debe tener un especialista en su abordaje- (Zuluaga, 2009). La medicina tradicional, por su parte, es de corte holístico -abordando la dimensión espiritual del cuerpo y la relación de este con su entorno-, tiene un marcado enfoque preventivo y aborda al cuerpo como un todo integral.

Las diferencias radican en los diferentes procesos históricos que han dado lugar a la formación de cada una de ellas. Es también por esa razón que la medicina oficial desarrolló elementos técnicos, científicos, políticos y académicos que le permitieron adquirir un rol hegemónico frente a otras prácticas médicas, como la medicina tradicional; sin embargo, ello no significó la desaparición de estas últimas (Menéndez, 1994).

En la actualidad, la medicina tradicional es usada por un amplio sector de la población a nivel mundial. Por su accesibilidad, asequibilidad y pertinencia cultural, la medicina tradicional aparece como una alternativa ante la carencia de servicios de salud oficiales de calidad, principalmente para complementarlos; mejorando así la situación de salud de la población y disminuyendo los gastos sanitarios (OMS, 2014).

BIBLIOGRAFÍA

- Bueno Chávez, R. (2004). *Antonio Cornejo Polar y los avatares de la cultura latinoamericana*. Lima: Fondo Editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Cabieses, F. (1993). *Apuntes de medicina tradicional (Vol. I)*. Lima: Diselpesa.
- Campos, R. (2010). *Una visión general sobre la Salud Intercultural en Pueblos Originarios. Yachay Tinkuy. Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina*. La Paz: Programa de Apoyo al Sector de la Higiene y Salud de Base.
- Carmona, A. (2009). Propuesta de un marco conceptual para el estudio de la medicina tradicional andina. En: R. Sánchez Garrafa & R. Sánchez Garrafa, *Medicina tradicional andina: planteamientos y aproximaciones* (pp. 19-27). Cuzco: Centro de Estudios Regionales Andinos Bartolomé de las Casas; Centro de Medicina Andina.
- Citarella, L., & Zangari, A. (2009). *Yachay Tinkuy. Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina*. La Paz: Programa de Apoyo al Sector de la Higiene y Salud de Base.
- Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador (1997). *Proyecto Político*. Quito: CONAIE.
- Defensoría del Pueblo (2015). *La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural*. Lima: Defensoría del Pueblo.
- Delgado Súmar, H. (2001a). Los recursos curativos vegetales en la medicina tradicional peruana. En: M. Villar & O. Villavicencio, *Manual de fitoterapia* (pp. 15-23). Lima: EsSalud; Organización Panamericana de la Salud.
- Delgado Súmar, H. (2001b). *La pluralidad de la medicina tradicional. Cuadernos de medicina tradicional 10*. Lima: Instituto Nacional de Medicina Tradicional.
- Delgado Súmar, H. (2001c). *El carácter animado de las enfermedades en el mundo andino. Cuadernos de medicina tradicional 5*. Lima: Instituto Nacional de Medicina Tradicional.
- Delgado Súmar, H. (2001d). *Los especialistas en la medicina tradicional. Cuadernos de medicina tradicional 11*. Lima: Instituto Nacional de Medicina Tradicional.
- Delgado Súmar, H. (2001e). *Las técnicas curativas en el mundo andino: el diagnóstico de las enfermedades. Cuadernos de medicina tradicional 6*. Lima: Instituto Nacional de Medicina Tradicional.
- Delgado Súmar, H. (2001f). *Las técnicas curativas en el mundo andino: el tratamiento de las enfermedades. Cuadernos de medicina tradicional 7*. Lima: Instituto Nacional de Medicina Tradicional.
- Delgado Súmar, H. (2001g). *El gesto ritual en la medicina tradicional. Cuadernos de medicina tradicional 9*. Lima: Instituto Nacional de Medicina Tradicional.
- Eide, A. (2010). Los pueblos indígenas, el Grupo de Trabajo sobre Poblaciones Indígenas y la adopción de la Declaración de la ONU sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. En: C. Charters & R. Stavenhagen, *El desafío de la declaración. Historia y futuro de la declaración de la ONU sobre pueblos indígenas* (pp. 34-49). Copenhague: International Work Group for Indigenous Affairs.
- Ettxeberria, X. (2001). Derechos culturales e interculturalidad. En: M. Heise, *Interculturalidad. Creación de un concepto y desarrollo de una actitud* (pp. 17-38). Lima: Ministerio de Educación.
- Frisancho, D. (2009). "Las enfermedades: su etiología según la mentalidad indígena y popular". En: R. Sánchez Garrafa & R. Sánchez Garrafa, *Medicina tradicional andina: planteamientos y aproximaciones* (pp. 111-128). Cuzco: Centro de Estudios Regionales Andinos Bartolomé de las Casas; Centro de Medicina Andina.

- García Canclini, N. (1989). *Culturas híbridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad*. México D.F.: Grijalbo.
- García Hierro, P. (2004). Territorios indígenas: tocando a las puertas del derecho. En: A. Surrallés & P. García Hierro, *Tierra adentro. Territorio indígena y percepción del entorno* (pp. 277-306). Copenhagen: International Work Group for Indigenous Affairs.
- Geertz, C. (1992). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- Hopenhayn, M. (s/f) “Transculturalidad y diferencia” (texto en internet). Disponible en: <https://www.insumisos.com/lecturasinsumisas/Transculturalidad%20y%20Diferencia.pdf> (Consultado el 05/01/2017).
- Instituto Nacional de Salud (2014). *Documento Técnico: Diálogo Intercultural en Salud*. Lima: INS.
- Kymlicka, W. (1996). *Ciudadanía multicultural. Una teoría liberal de los derechos de las minorías*. Barcelona: PAIDOS.
- Menéndez, E. (1994). “La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?”. En: *Alteridades* 4 (7), pp. 71-83.
- Menéndez, E. (2009). Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y articulaciones prácticas. En: L. Citarella Menardi & A. Zangari, *Yachay Tinkuy. Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina* (pp. 87-126). La Paz: Programa de Apoyo al Sector de la Higiene y Salud de Base.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional, 2014-2023*. Hong Kong: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (1993a). *Los pueblos indígenas y la salud*. Winnipeg: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (1993b). *Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas*. Washington: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (1993c). *Resolution CD37.R5: Health of Indigenous Peoples*. Washington: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (1997a). *Hacia el abordaje integral de la salud. Pautas para la investigación con pueblos indígenas*. Washington: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (1997b). *Resolution CD40.R6: Health of Indigenous Peoples*. Washington: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2012a). *Salud en las Américas. Panorama regional y perfiles de país*. Sin lugar: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2012b). *Encuesta de salud y nutrición de niños menores de 5 años de Bagua y Condorcanqui Amazonas*. Lima: OPS.
- Portocarrero, J. & Palma, H. (2013). *Síndromes Culturales de la Provincia de Churcampa-Huancavelica. Informe del “Estudio Antropológico del Sistema de Salud de Churcampa”*. Lima: Medicus Mundi Navarra; Salud Sin Límites Perú.
- Portocarrero, J. et al (2015a). “Síndromes culturales: su etiología y distribución en dos comunidades quechua del sur andino peruano”. Artículo inédito.
- Portocarrero, J. et al (2015b). “Terapeutas tradicionales andinos en un contexto de cambio: el caso de Churcampa en el Perú”. En: *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 32 (3), pp. 492-498.
- Rodríguez-Piñero, L. (s/f). “La internacionalización de los derechos indígenas en América Latina: ¿el fin de un ciclo?” (texto en internet). Disponible en: http://www.politicaspUBLICAS.net/panel/biblioteca/doc_details/63-la-internacionalizaci.html (Consultado el 05/01/2017).

- Tart, C. (2013). *El fin del materialismo*. Barcelona: Kairos.
- Thibaut, C. (1999). *De la tolerancia*. Madrid: Visor Ed.
- Tubino, F. (2003). Ciudadanías complejas y diversidad cultural. En: N. Vigil, & R. Zariquiey, *Ciudadanías inconclusas. El ejercicio de los derechos en sociedades asimétricas* (pp. 167-192). Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Tubino, F., & Zariquiey, R. (2007). *Jenetician. El juego de las identidades en tiempos de lluvia*. Lima: Fondo Editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- UNFPA (2011). *Atención en salud con pertinencia intercultural. Módulo técnico-teórico dirigido a personal facilitador de salud*. Lima: UNFPA; Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo; INMED Andes.
- UNICEF (2010). *Estado de la Niñez Indígena en el Perú*. Lima: UNICEF.
- Villoro, L. (1999). *Estado plural, pluralidad de culturas*. Barcelona: PAIDOS.
- Walsh, C. (2007). Interculturalidad y colonialidad del poder. Un pensamiento y posicionamiento “otro” desde la diferencia colonial. En: S. Castro-Gómez & R. Grosfoguel, *El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global* (pp. 47-62). Bogotá: Siglo del Hombre Editores; Universidad Central; Instituto de Estudios Sociales Contemporáneos; Pontificia Universidad Javeriana; Instituto Pensar.
- Wilber, K. (1998). *The Marriage of sense and soul*. New York: Random House.
- Young, I. M. (1996). Vida política y diferencia de grupos: una crítica del ideal decidadanía universal. En: C. Castells, *Perspectivas feministas en teoría política* (pp. 99-126). Barcelona: PAIDOS.
- Zuluaga, G. (2009). “Reflexiones para un diálogo entre los sistemas tradicionales de salud y la medicina occidental”. En: R. Sánchez Garrafa & R. Sánchez Garrafa, *Medicina tradicional andina: planteamientos y aproximaciones* (pp. 255-272). Cuzco: Centro de Estudios Regionales Andinos Bartolomé de las Casas; Centro de Medicina Andina.

Test de entrada para los participantes

1. **Cuando hablamos de cultura, hablamos de...**
 - a) Todo lo que produce el ser humano.
 - b) La producción artística sofisticada de una sociedad.
 - c) Los artefactos y las creencias de una sociedad.
 - d) Un sistema de significados para interpretar y reproducir el mundo
2. **¿Cuál es la diferencia entre multiculturalidad e interculturalidad?**
 - a) La multiculturalidad defiende el diálogo entre culturas y la interculturalidad la tolerancia entre las mismas.
 - b) La multiculturalidad defiende la tolerancia entre culturas y la interculturalidad el diálogo entre las mismas.
 - c) La multiculturalidad aplica para poblaciones grandes y la interculturalidad para poblaciones pequeñas.
 - d) No existe diferencia.
3. **¿Cuál de las siguientes es una afirmación incorrecta sobre la interculturalidad?**
 - a) Debe ser aplicada solo para pueblos indígenas u originarios.
 - b) Es una propuesta ético-política.
 - c) Busca la auto-transformación reflexiva.
 - d) Puede darse a través de políticas públicas.
4. **¿Cuáles son los principales motivos para implementar la interculturalidad en el sector salud?**
 - a) Los principios de la interculturalidad son opuestos a los del monoculturalismo.
 - b) La interculturalidad implica respeto a los pueblos indígenas.

- c) Se podrán construir más centros de salud interculturales.
 - d) La salud intercultural es un derecho.
- 5. ¿Cuál de las siguientes acciones es culturalmente pertinente?**
- a) Articular el trabajo del Centro de Salud con el de los terapeutas tradicionales
 - b) Ambientar los consultorios con elementos de la zona.
 - c) Vacunar a todos los niños de una localidad, sin importar su identidad étnica.
 - d) No maltratar a los usuarios de los servicios de salud por su lengua.
- 6. ¿Cuál de los siguientes criterios no es utilizado para identificar a un pueblo indígena?**
- a) Persistencia de instituciones previas a la colonización.
 - b) Autoidentificación.
 - c) Titulación de territorios.
 - d) Descendencia de habitantes pre-coloniales.
- 7. ¿Cuántos pueblos indígenas existen en el Perú según el Ministerio de Cultura?**
- a) 32.
 - b) 55.
 - c) 80.
 - d) 23.
- 8. Según el Censo Nacional del 2007, del total de población indígena en el Perú, ¿cuánto porcentaje es andina y cuánto amazónica?**
- a) 92% y 8%.
 - b) 60% y 40%.
 - c) 70% y 30%.
 - d) 98% y 2%.
- 9. ¿Cuál es la razón principal por el que se aprobó la Política Sectorial de Salud Intercultural?**
- a) Ampliar la cobertura de los servicios de salud en población indígena.
 - b) Estandarizar la implementación de salud intercultural.
 - c) Cumplir con los estándares latinoamericanos en salud intercultural.
 - d) Mejorar los mecanismos de registro estadístico en salud de los pueblos indígenas.
- 10. ¿Cuál de los siguientes temas no es abordado en los ejes de la Política Sectorial de Salud Intercultural?**
- a) Derechos en salud.
 - b) Capacidades de los recursos humanos.
 - c) Participación ciudadana.
 - d) Disminución de la mortalidad materna en pueblos indígenas.
- 11. Mencione los ejes de la Política Sectorial de Salud Intercultural**
- 12. ¿Cuál de las siguientes es una afirmación incorrecta sobre la medicina tradicional?**
- a) Está basada en la cosmovisión y cultura de la población.
 - b) Es equivalente a la medicina naturista.
 - c) Se transmite oralmente.
 - d) Toma elementos de la medicina convencional y de otras culturas.
- 13. Es un mecanismo con el que un terapeuta tradicional se inicia en la práctica de la medicina tradicional.**
- a) La selección mítica.
 - b) La enseñanza de un maestro.
 - c) El aprendizaje desde la experiencia.
 - d) Todas las anteriores.
- 14. ¿Cuál es la principal ventaja de la integración de la medicina tradicional en el sistema de salud oficial?**
- a) La medicina tradicional es accesible, asequible y culturalmente pertinente.
 - b) Se cumple con la normativa internacional referente a pueblos indígenas.
 - c) Se pueden disminuir los gastos sanitarios a nivel nacional.
 - d) La medicina tradicional promueve el desarrollo de los pueblos indígenas.

C. Anexo de la Política: Pautas para el fortalecimiento de competencias sobre los fundamentos técnicos y procedimentales en la atención del parto vertical con pertinencia intercultural y diseño metodológico de capacitación en fortalecimiento de capacidades.

Curso dirigido al personal de salud con responsabilidades
obstétricas y neonatales del Primer Nivel de Atención

Lucinda Vegas Yáchez

Elsa Dorita Leiva Castro

Salud Sin Límites Perú

Enero, 2016

Lima, Perú

JUSTIFICACION

El servicio de salud materna de la Red de Salud de Churcampa es particularmente importante en el escenario de las políticas públicas por la salud intercultural del Perú, esto debido a su experiencia en la implementación de la Norma Técnica de Parto Vertical con Adecuación Cultural, habiendo sido premiado y reconocida en distintas ocasiones, lo que lo ha llevado a constituirse como centro de pasantía de la UNMSM y de otros visitantes nacionales e internacionales.

Durante el año de 2014 y parte de 2015, luego de seis años de culminado el proyecto del Consorcio Madre-Niño que diera impulso al trabajo de salud intercultural en la Red de Salud de Churcampa, el Instituto de Estudios Peruanos (IEP) desarrolló un estudio cualitativo sobre la salud intercultural focalizando su atención en el CS de Churcampa y el PS de Occopampa, con la finalidad de identificar fortalezas y debilidades de la experiencia.

Sobre la base de este estudio y a pedido del IEP, Salud Sin Límites Perú (SSLP) viene implementando el proyecto: “Fortaleciendo la Institucionalidad del Parto y la Salud Materna con Pertinencia Cultural y Enfoque de Derechos en la Red de Salud Churcampa”, cuyo objetivo es fortalecer el enfoque de derechos y la experiencia de institucionalización del parto vertical con pertinencia intercultural en el centro de salud de Churcampa, disminuyendo su vulnerabilidad y aumentando su institucionalización.

OBJETIVOS

General

Sensibilizar y fortalecer competencias (habilidades, conocimientos y actitudes) en el personal del CS Churcampa y el personal con responsabilidades obstétricas y neonatales de los establecimientos de salud de nivel I-3 (CS Anco y CS Paucarbamba), en “Fundamentos técnicos y procedimentales en la atención del parto vertical con pertinencia intercultural”.

Específicos

Sensibilizar y capacitar al personal de salud con responsabilidades obstétricas y neonatales del primer nivel de atención en salud en “Fundamentos técnicos y procedimentales en la atención del parto vertical con pertinencia intercultural”.

METODOLOGÍA

Modalidad: Tipo taller

1. EVIDENCIAS EN LA ATENCION DEL PARTO EN POSICION VERTICAL

1.1. Obstetricia basada en evidencias (OBE)

Se refiere al actuar con procedimientos obstétricos que están apoyados en medicina basada en evidencias (MBE), tomando en cuenta la definición clásica de MBE que es:

El uso consciente, explícito y juicioso de las mejores y más actuales evidencias o pruebas en la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes.

En esto es necesario que se integre la experiencia clínica de los/las profesionales y las mejores evidencias disponibles procedentes de la investigación científica, pero siempre teniendo en cuenta las características y valores de cada paciente.

Pasos a seguir en la práctica de la MBE Y OBE:

Incertidumbre o duda en el manejo de un paciente



Formulación de la pregunta clínica



Búsqueda de la evidencia



Análisis de la evidencia



Resolución del escenario

1.2. Recomendaciones para la atención del parto según evidencias

- Las mujeres en trabajo de parto deben ser tratadas con el máximo respeto, disponer de toda la información y estar implicadas en la toma de decisiones.
- Para facilitar esto, los/las profesionales de la salud y el resto del personal que atiende deberán establecer una relación empática con las mujeres, preguntarles por sus **expectativas** y por **sus necesidades**, para poder apoyarlas y orientarlas siendo en todo momento conscientes de la importancia de su **actitud**, del **tono de voz empleado**, de las palabras utilizadas y de las formas en que se proporcionan los cuidados.
- Se recomienda que los equipos de atención al parto hospitalario promuevan la atención del parto de bajo riesgo, preferiblemente por **obstetras**, siempre y cuando este se mantenga dentro de los límites de la normalidad.
- Se debe facilitar el acompañamiento de la mujer durante su parto, por la persona de su elección.
- Se debe promover la ingesta de líquidos claros durante el parto.
- *Se recomienda que la admisión para la atención de parto se realice cuando se cumpla los siguientes criterios: dinámica uterina regular, incorporación cervical > de 50% y una dilatación de 3–4 cm.
- Se recomienda atender a la mujer en trabajo de parto desde su ingreso en forma individual y continua por un/una obstetra.
- Una mujer en fase activa de parto no debe dejarse sin atención profesional, excepto por cortos periodos de tiempo o cuando la mujer lo solicite.
- Se debe alentar y ayudar a las mujeres, incluso a las que utilizan analgesia epidural, a adoptar cualquier posición que le de comodidad a lo largo del periodo de dilatación y a movilizarse si así lo desea.

- Se recomienda no realizar amniorrexis artificial ni perfusión de oxitocina de forma rutinaria en los partos vaginales que progresan de forma normal, ya que las pruebas muestran que esto no mejora los resultados.
- También se recomienda que, en condiciones normales, las exploraciones vaginales se realicen cada cuatro horas.
- Se recomienda que el pujo sea espontáneo, en ausencia de sensación de pujo, la recomendación es de no dirigirlo hasta que no complete su dilatación.
- No debe practicarse episiotomía de rutina en el parto espontáneo.
- Se recomienda el manejo activo del alumbramiento.
- Las mujeres deben ser informadas (preferiblemente durante la gestación) de que el manejo activo de la tercera etapa del parto acorta su duración, disminuye el riesgo de hemorragia posparto y la necesidad de oxitocina terapéutica.

2. INSTITUCIONALIZACION DEL PARTO EN POSICION VERTICAL EN PERÚ

La institucionalización del parto en posición vertical busca captar los partos en el Ministerio de Salud, y así captar las complicaciones obstétricas, tratando de evitar la mortalidad materna.

Sabiendo que las barreras culturales impiden que las mujeres de zonas rurales no se atiendan en los centros de salud sino en sus domicilios para atenderse con sus conocimientos ancestrales, no quedaba más que mejorar la oferta con un plan de mercadeo social de servicio de salud, un ejemplo fue Huancarani, Provincia de Paucartambo, departamento de Cusco, se inicia la atención según pertinencias interculturales.

Se realizó un análisis en el cual se llegó a la conclusión que las “4ps” del marketing son una forma sencilla y muy práctica de tener presente los “factores clave” para el éxito de un proyecto. Estos factores clave son:

- **Plaza:** Definido como el lugar donde se encuentran los compradores y vendedores, la competencia eran los propios familiares o parteros tradicionales, donde los compradores o parturientas solo querían comprar los productos con pertinencia intercultural.
- **Producto:** El producto tenía que estar cubierto con pertinencias interculturales.
- **Precio:** El costo económico bajó con la aparición del Seguro Materno Infantil que evolucionó a lo que hoy es el Seguro Integral de Salud. El costo social, que es lo que dejan de hacer la gestante y su familia para estar en un establecimiento de salud, aún no se ha resuelto, contribuyendo a la prevalencia del parto domiciliario.
- **Promoción:** Se promociona a través de las visitas domiciliarias y difusiones locales, siendo débil el empoderamiento a la mujer y su familia para ejercer sus derechos de elegir.

Así, con el apoyo de UNICEF en Cusco y Cajamarca, donde se promovieron mesas de concertación multisectorial para incrementar la cobertura de partos institucionales e ir disminuyendo los partos domiciliarios haciendo uso del derecho a la salud reduciendo la muerte materna y perinatal, priorizando el derecho a la vida.

En el 2004 nace la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva con el enfoque de Modelo de Atención Integral en Salud. En el 2005, con las experiencias exitosas en este tipo de atención, se aprueba la Norma Nacional para la Atención de Parto Vertical, profundizándose la atención con pertinencias interculturales a todos los niveles de los establecimientos del MINSA, como se refleja en la nueva norma técnica nacional de julio del 2016.

El parto en posición vertical demostró ser la posición más cómoda según opinión de las propias madres, no solo de zonas rurales sino también de zonas urbanas, por lo que, en reconocimiento a su derecho de elegir como y con quien dar a luz, se han ido realizando

capacitaciones en diversos establecimientos de salud a nivel nacional con una débil promoción con pertinencia intercultural.

Quedando claro que la atención del parto con pertinencia intercultural en posiciones verticales es una necesidad sociocultural, psicológica y biológica, promocionarlo y dejar que sea la gestante quien determina su forma de atención sino hay complicaciones obstétricas es un tema de derechos.

2.1. Ventajas del parto vertical

- Mejor equilibrio de ácido base, mejora la oxigenación fetal.
- Articulación móvil, se puede dar soporte a los músculos abdominales.
- El ángulo del eje pelviano aumenta de 90° hasta 180°.
- Aumento de los diámetros del canal del parto, 2cm en sentido anteroposterior y 1cm en diámetro transversal.
- La fuerza de la gravedad facilita el parto, hace que el bebé se dirija hacia abajo y no regrese, esto traduce como menos necesidad del uso de fórceps, cesárea o falla en el progreso del parto, promueve el deseo de pujo.
- Madre gana entre 30-40mmhg en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical.
- Una vez iniciado el trabajo de parto la inspiración profunda que realiza la mujer hace descender el diafragma. El peso del útero, bebé, placenta, líquido amniótico y sangre favorecen que la matriz descienda y no se ejerce presión sobre los pulmones esto aumenta la capacidad respiratoria y por consiguiente la oxigenación de la madre y el bebé respirando con menor resistencia.
- El riesgo de una ruptura perineal o la necesidad de episiotomía se reducen, menos riesgo de laceraciones perineales.
- La mujer es más capaz de usar sus músculos abdominales para asistir el parto.
- Mayor eficiencia de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto y el periodo expulsivo, contracciones menos dolorosas y más efectivas que se reducen con menos frecuencia, pero con más intensidad, lo que provoca menos intervenciones obstétricas y menos uso de la oxitocina y menos riesgo de alteraciones fetales.

2.2. Desventajas del parto vertical

- Es incómodo para el personal de salud en la atención de parto vertical.
- Mayor incomodidad para la protección del periné.
- Incomodidad para el monitoreo fetal.
- Salida brusca del bebé.

3. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION PARA EL PARTO VERTICAL

3.1. Inclusión

- Gestante sin complicación obstétrica, incluye las adolescentes y mujeres jóvenes.
- Presentación cefálica del feto.
- Compatibilidad feto pélvica.
- Pelvis ginecoide.
- Gestación a término.

3.2. Exclusión

- Cesáreas iterativas.
- Cirugía uterina (miomectomías).
- Incompatibilidad feto pélvica.
- Embarazo gemelar.
- En presentación podálica.

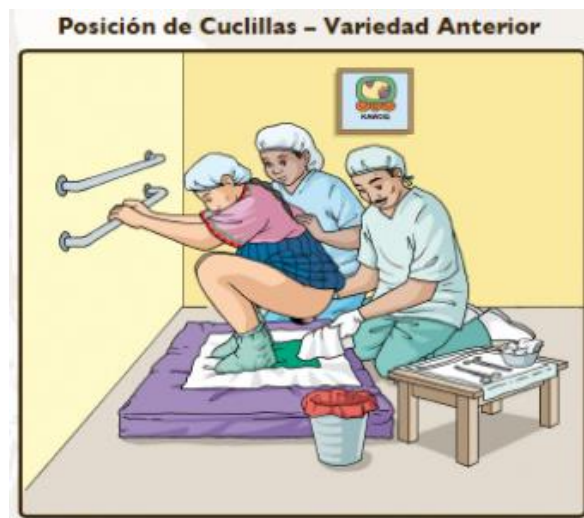
- Falta de colaboración de la gestante para el trabajo de parto y la atención del mismo (problemas psiquiátricos).
- Distocia de presentación.
- Distocia de cordón.
- Distocia de contracción.
- Prematuros.
- Sufrimiento fetal.
- Hemorragia del III trimestre (placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta).
- Ruptura prematura de membranas con presentación alta.
- Preclamsia severa (dependiendo del periodo y fase que se encuentra).
- Eclampsia.
- Luxación traumática de caderas.
- Macrosomía fetal con diagnóstico clínico y ecográfico.
- Madre VIH positiva.

4. POSICIONES PARTO VERTICAL

4.1. Posición de cuclillas

A. Posición de cuclillas variedad anterior

- Es una de las posiciones que se prefieren en las zonas rurales.
- Facilita las separaciones entre los huesos pelvianos.
- Aumenta los diámetros pélvicos.
- Facilita el descenso del feto por el canal del parto.



B. Posición de cuclillas - variedad posterior

- El acompañante debe estar parado abrazando a la mujer en trabajo de parto por debajo de la región axilar, permitiendo que la mujer en trabajo de parto se sujete alrededor del cuello del acompañante.
- El personal de salud se colocará por detrás de la gestante.
- Realizara procedimientos obstétricos del periodo expulsivo adoptando una posición cómoda que le permite proteger el periné.

Posición de Cucullas – Variedad Posterior



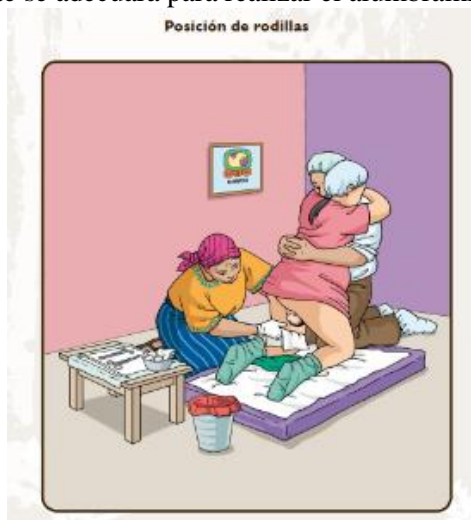
Ventajas:

- Diámetros pélvicos aumentados.
- El tronco presiona sobre el fondo uterino y promueve el descenso del bebé.
- Soporte a los músculos abdominales.
- Aumenta la depresión en el suelo pelviano, promueve el deseo de pujo.
- Disminuye el dolor de espalda y cadera.
- Soporte a los músculos abdominales.
- Parto por delante facilitando el contacto precoz de piel a piel.
- Disminuye las laceraciones perinatales.

4.2. *Posición de rodillas*

- El personal de salud se colocará detrás de la paciente protegiendo el periné, para evitar un desgarro.
- Posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.

Posición de rodillas



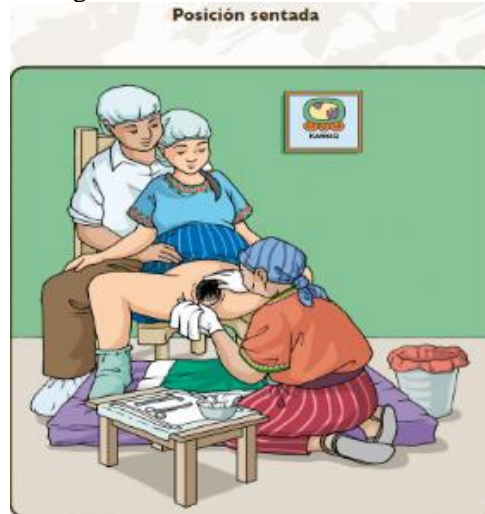
Ventajas:

Al estar de rodillas le facilitará:

- Sentarse entre contracciones sobre sus pantorrillas.
- Proteger su intimidad.
- Punto de apoyo múltiple y segura, facultando para la protección pasiva.
- No existe riesgo de caída brusca del bebé.
- La distancia entre la pelvis y el suelo es menor, puede pasar rápidamente a la posición de gatas (es una variedad de la posición de la rodilla que tiene la ventaja de permitir una mayor oxigenación y mayores diámetros óseos).

4.3. Posición sentada

- El personal de salud se colocará delante de la gestante para realizar los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo.
- Adoptar una posición cómoda que le permita proteger el periné y realizar el alumbramiento dirigido.

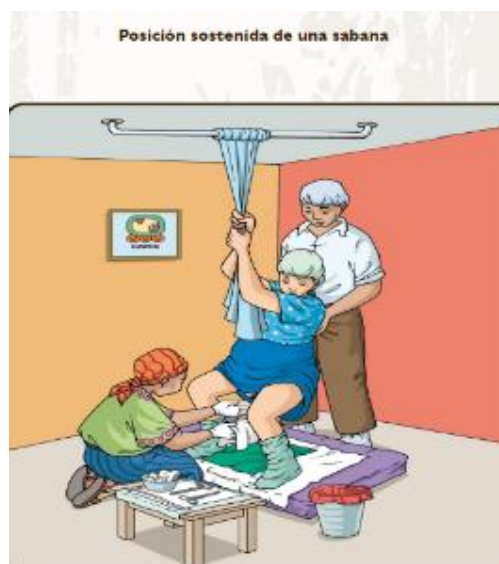


Ventajas:

- Promueve el descanso y la relajación.
- Ventajas de gravedad.
- Permite el monitoreo fetal continuo.
- Se pueden realizar exámenes vaginales.
- Disminuye el dolor de espalda y cadera.
- Posición favorable para recibir mensaje.
- Buena viabilidad y movilización para la madre.
- Cómoda para la recepción del bebé y de la placenta.
- Facilita el contacto precoz.

4.4. Posición parada o sostenida de una soga

- El profesional de la salud se colocará frente a la gestante en trabajo de parto realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo.
- Posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.
- El acompañante se colocará detrás tendrá que sostener al paciente para que no se mueva.



Ventajas:

- Total libertad de movimientos.
- Contracciones menos dolorosas y más efectivas.
- Ayuda al encajamiento y acelera el trabajo de parto.
- Aumenta la urgencia del deseo de pujo durante el expulsivo.
- Mejora la oxigenación fetal.

4.5. *Posición en cuatro puntos (pies, rodilla y manos)*

- El profesional de salud se colocará detrás de la gestante cuidando el periné para evitar o desgarros.
- Realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.
- Algunas gestantes prefieren arrodillarse sobre una colchoneta apoyarse hacia delante en su acompañante o en la cama.



5. AMBIENTACION

Todo establecimiento de salud a nivel nacional con funciones obstétricas y neonatales, incluido los establecimientos estratégicos, debe acondicionar los servicios de emergencias obstétricas tomando en cuenta la opinión de las gestantes y su entorno social.

La ambientación de este lugar debe presentar características propias de la zona. a sala de partos debe implementada y ambientada para ambas modalidades de parto: vertical y horizontal. Los equipos e instrumentos necesarios para el parto vertical deben compartirse adecuadamente mostrando un aspecto natural de la zona y de no discriminación, ya que vivimos en un país multicultural y multiétnico



5.1. De la implementación de salas de parto vertical

- Una base de cemento o madera de 20 cm de altura cubierta con colchoneta sintética en cuya parte superior se aprecien las sillas para el parto y del acompañante.
- Silla de parto de 40 cm de altura, cuyo asiento tiene la forma de media luna tapizada con marroquín.
- Silla de 30 cm de altura rodante para el proveedor.
- Silla de 37 cm de altura y 33 cm de respaldo para el acompañante.
- Soga gruesa de 5 metros empotrada al techo del ambiente.
- Pellejos de carnero.
- Mesa pequeña de 40 cm de altura donde se coloca el instrumental y materiales necesarios para la atención del parto.
- Batas y botas de tela para gestante y acompañante.
- Bolsas de agua caliente.
- Reloj de pared.
- Rollete de tela u ovillo de lana de 10 x 5cm de ancho.
- Faja (chumpi), cojines de 40 x 50 cm de diámetro.
- Pañoleta para amarrar la cabeza.
- Paquete de ropa de parto vertical.
- Horno microondas.
- Termos.
- Jarras.
- Estufa de calefacción.
- Termómetro ambiental.
- Medicamentos.
- Hierbas caseras.
- Maletines que contienen las claves. Roja, azul y amarilla, para la atención de las emergencias obstétricas.



Una base de cemento madera de 20 cm de altura con colchoneta sintética, y cojines de 40x 50 cm de diámetro



*Silla de parto de 40 cm de altura
cuyo asiento tiene forma de media luna*



Faja (Chumpi)

6. COMPETENCIA INTERCULTURAL

6.1. Interculturalidad

Según la Organización Panamericana de Salud significa: Relación entre varias culturas que se realiza con respeto y horizontalidad, es decir, que ninguna se pone arriba o debajo de la otra. En esta relación intercultural se quiere favorecer que las personas de culturas diferentes se puedan entender mutuamente basándose en el diálogo, donde ambas partes escuchan, donde ambas partes se dicen y cada una toma lo que puede de la otra. Se trata de concertar y no de imponer.

Se debe favorecer la integración y convivencia entre dos o más culturas de modo horizontal y sinérgico, suponer respeto mutuo y convivencia armónica de todos los individuos.

Para este tipo de relación son factores importantes las diferentes concepciones según culturas y los obstáculos comunicativos.

6.2. Competencia intercultural

Puede decirse que es la habilidad que permite a los miembros de un sistema culturalmente diferente ser conscientes de su identidad cultural y reconocer la existencia de otras culturas diferentes y en este contexto actúa recíprocamente, de manera apropiada intentando satisfacer mutuamente las necesidades de reconocimiento, afecto y participación.

Se refiere a un comportamiento que permita desenvolverse y comunicarse. Es una habilidad que permite el dialogo positivo entre el personal de salud y los usuarios y las usuarias.

A. La competencia intercultural necesita de pre-requisitos:

- Saber manejar la tensión psicológica.
- Lograr comunicación efectiva (dialogar).
- Aprovechar el conocimiento y beneficio de otras culturas, lo que implica el reconocimiento de la practica cultural como conocimiento empírico.
- Habilidad para manejar el cambio favoreciendo la concertación de los unos con los otros para la satisfacción mutua.

B. Habilidad para lograr competencia intercultural:

- Empatía, es muy necesaria para crear un ambiente agradable.
- Atención visual y auditiva.
- Flexible, reconocer el conocimiento de los otros, a pesar de las diferencias.
- Aceptabilidad conductual, todo lo que no haga daño entre los unos y los otros.
- Tolerancia ante conflictos e insistir con los diálogos.

C. Objetivos de la competencia intercultural:

- Ampliar las coberturas de la atención prenatal enfocadas en beneficio de la madre niño y familia, **por reconocimiento al derecho de gozar de los avances científicos y el ejercicio de derecho a la salud.**
- Mejorar la salud materna e infantil **reconociendo el principal derecho a la vida.**
- Favorecer la equidad de género.

D. Reconocimiento de las prácticas culturales sobre los cuidados prenatales:

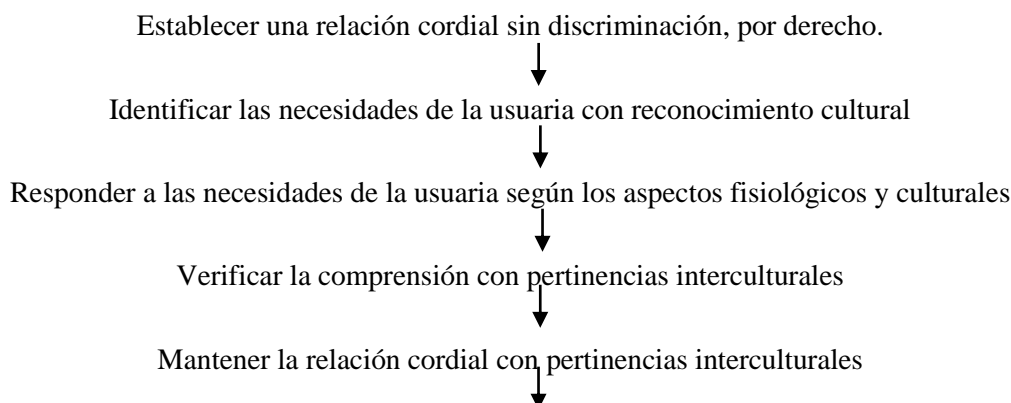
- Conocimientos recogidos de los diálogos individuales, con la pareja y grupales.
- Organizarse para dialogar con las organizaciones de base, con la familia en las visitas domiciliarias, usando el plan de parto.

E. Interculturalidad como competencia personal, sería:

- El comportamiento para desenvolverse y comunicarse con el usuario.
- Saber, conocer y comprender al otro.
- Planificar e implementar acciones con pertinencia intercultural.
- Monitorear y mejorar las acciones implementadas.
- Informar y comunicar de las intervenciones con pertinencias interculturales en su localidad.

6.3. *Aplicación de relación intercultural en la atención (gestantes)*

Está basada en los 5 pasos de consejería:



7. ATENCION DEL PRIMER PERIODO DEL PARTO VERTICAL CON COMPETENCIA INTERCULTURAL

Se trata de ver cómo debería de tratarse a la gestante en este periodo buscando la oportunidad de diálogos.

- Brindar a la gestante una cálida bienvenida (saludarla mirándola, con una sonrisa y gestos amables).
- Identificar signos de alarma (estar atento a buscar en ella cualquier signo como diaforesis, expulsión de líquidos u otros entre sus piernas solo mirándola).
- Controlar las funciones vitales y detectar signos de alarma, se avisará a la paciente las acciones que se harán para asegurar el bienestar de ella y su bebe, luego proceder al conteo de la frecuencia cardiaca fetal vigilando la salud del bebe compartiendo esto en gran armonía con ella y su acompañante.
- Continuar con el control e interpretación de temperatura, pulso y presión arterial de la mamá.

- Verificar la información de su cartilla CLAP, PLAN DE PARTO, conociendo sus preferencias para ese momento, revalidando las posibilidades del respeto a sus conocimientos y prácticas culturales según la evolución del trabajo de parto.
- Conversar sobre sus expectativas para su atención en este periodo, creando un clima de confianza y respeto hacia todo lo saludable de la medicina científica y tradicional.
- Explicar y proceder a la evaluación obstétrica, previa información sobre la necesidad de esta y respetando sus derechos de usuaria.
- Promover el acompañamiento, apoyados en las pertinencias culturales y las ventajas según evidencias científicas.
- Atender con pertinencia intercultural, favoreciendo todo lo que de comodidad y disminuya el tiempo de este periodo.
- El personal fortalecerá el rol del acompañante para compartir el atenderla con pertinencia cultural y en armonía.
- Promover el consumo de líquidos según sus preferencias y por evidencias.
- Restringir los tactos vaginales a una buena valoración inicial y, luego, monitorear el factor tiempo, intensidad de la dinámica uterina y considerar un último tacto vaginal para corroborar si ya ingresa al periodo expulsivo.

La recomendación es un tacto vaginal cada 4 horas.

El manejo del dolor será con el apoyo de su acompañante a su usanza, fortaleciendo con la técnica adecuada de masajes, apoyando la libertad de movimiento en este periodo, favoreciendo las posiciones verticales por sus ventajas para la madre y el bienestar fetal.

Se debe utilizar paralelamente el **partograma**, que es una herramienta simple que permite el monitoreo continuo del trabajo de parto con el objetivo de prevenir resultados obstétricos adversos relacionados con el parto.

El **Partograma** está diseñado para monitorizar:

- **La evolución del trabajo de parto** (dilatación cervical, descenso de la cabeza fetal y contracciones uterinas).
- **El estado de la madre durante este proceso** (pulso, PA y temperatura, orina (volumen, proteínas, acetona), drogas y Tto EV y oxitócicos).
- **El estado fetal en este proceso** (FC fetal, membranas y líquido amniótico y moldeamiento del cráneo fetal).

Estos datos representados gráficamente **permiten** al profesional **identificar** los **desvíos tempranos** de los valores normales para tomar decisiones de **intervención o derivación del paciente**.

8. ATENCION DE SEGUNDO PERIODO DE PARTO EN POSICION VERTICAL

Se debe esperar a que la gestante sienta ganas de pujar, hay casos que estando con dilatación completa no siente la necesidad de pujar (etapa temprana no expulsiva), bastará esperar entre 10 a 30 minutos y la sensación de pujo se inicia (etapa avanzada expulsiva).



9. ATENCION DEL TERCER PERIODO, ALUMBRAMIENTO}

Este periodo, por disposiciones del Ministerio de Salud y en base a las evidencias, dejó de ser espontáneo. La intervención de este periodo es normada, se debe realizar el manejo activo y consta de lo siguiente:

- Luego de la salida del neonato, con él bebe sobre el vientre de la madre, descartar la presencia de otro feto y asegurar que la vejiga este vacía.
- Administrar 10 UI de oxitocina IM, dentro del minuto de la salida del bebe.
- Esperar la contracción uterina y signos de desprendimiento placentario, colocar el dorso de la mano sobre el pubis y llevar el útero hacia arriba (contracción uterina); mientras con la otra mano, se realiza la tracción controlada del cordón.
- Si al pasar la contracción no ocurre el alumbramiento esperar la siguiente contracción para realizar nuevamente el proceso.
- Paralelamente se incorporará las prácticas tradicionales (colocar la cuchara de palo, soplar botella, etc.) que facilitan la expulsión de la placenta.
- Si no ocurre en 15 minutos diagnosticar RETENCION PLACENTARIA.
- Es muy importante no quebrar la atención con pertinencia intercultural por lo que dentro de una relación empática y cordial debe de continuarse con la atención basada en el dialogo y respeto concertando con la parturienta y acompañante para asumir una posición que permita realizar y tolerar estas maniobras.
- Paralelamente continuar la atención según conocimientos ancestrales, que incluyen el uso inmediato de fajas, consumo de alimentos especiales y especial atención a la madre sin abandonar la atención del recién nacido/a generando satisfacción en la madre y su núcleo familiar, se recomienda que la atención a la púérpera inmediata debe ser según sus preferencias locales y en un ambiente que permita las prácticas culturales contemplando aun la parte mística si la hubiera.



10. ATENCION DEL CUARTO PERIODO PUERPERIO

10.1. Puerperio inmediato

Durante las primeras 6 horas:

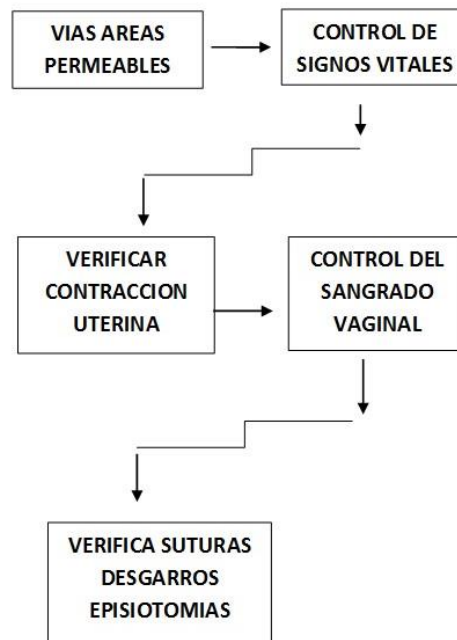
- Asegurar el trato con calidad y calidez, promoviendo la participación de un familiar.
- Promover la LME.
- Monitoreo adecuado.
- Buen entendimiento de signos de alarma.

- Facilitar la colocación de faja o del chumpi y el rollete como mecanismo de compresión.
- Indicar una dieta hiperproteica respetando los aspectos culturales de la zona.
- Trasladar a la puérpera del centro obstétrico al ambiente de hospitalización con la HCL debidamente llenada.

Posterior a las seis horas post-parto hasta el día del alta:

- Brindar comodidad y confort a la puérpera, ubicándola en una habitación acondicionada con temperatura adecuada y luz tenue
- Acomodar a la puérpera y al recién nacido en una cama de 60 cm de altura para su reposo.
- Registrar hallazgos de la madre y del recién nacido en la historia clínica obstétrica en cada turno
- Monitoreo madre-niño.

Parámetros:



Frecuencia:

- Las dos primeras horas: cada 15 minutos
- La tercera hora: cada 30 minutos
- Desde la cuarta, quinta y sexta hora: cada hora
- Desde la séptima hora hasta el día de alta: cada 6 horas

10.2. Puerperio mediato

- Higiene perineal.
- Dar consejería y orientación integral a la familia de forma clara en su idioma y entendimiento.
- Entregar contenido educativo (señales de peligro, paternidad responsable, calendario de vacunación, control CRED, multimicronutrientes, lavado de manos, etc.).
- Estimular el fortalecimiento de vínculos afectivos y factores protectores contra el VIF.

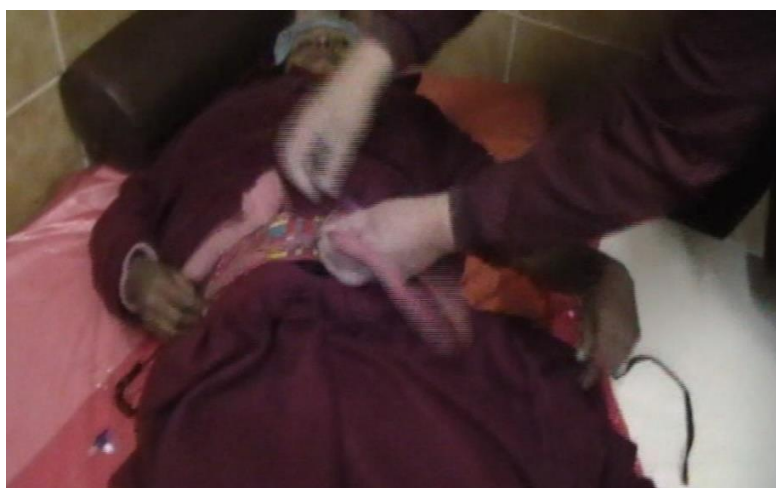
- Solo prohibir la LME en casos de VIH.
- Entregar el CNV.
- Entregar el carnet de control materno perinatal con datos completos.
- Realizar la contrareferencia y referencia oportuna.
- Programar las fechas de control puerperal.
- Indicar el alta en caso de evolución satisfactoria de las puérperas al menos a las 48 horas.
- Realizar una HCL clínica materno neonatal adecuada.
- Registrar a la madre y niño en el libro de altas.
- Aplicar la encuesta de satisfacción del usuario.



10.3. *Puerperio tardío*

- Resaltar en todo momento la participación de la pareja.
- Evaluación de la puérpera.
- Control de signos vitales.
- Psicoprofilaxis puerperal.
- Información sobre el reinicio de la actividad sexual.
- Administración de micronutrientes.
- Administración sobre signos de alarma del puerperio y RN.
- Reforzar LME.
- O y C en uso de métodos de planificación familiar.
- Inicio y seguimiento del método anticonceptivo elegido.

Costumbres de la zona:





Entierro de la placenta:

11. ATENCION Y CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO/A INTRAPARTO

Se recomienda favorecer el contacto inmediato al nacer, realizando el clampaje tardío sobre el vientre de la mama, para lo que se debe trabajar en la orientación desde la etapa pre-natal pues en muchas localidades del Perú la atención intra-parto del recién nacido/a no es prioridad pues todo se centra en la madre y parte de la relación intercultural es lograr la visualización de recién nacido/a como sujeto de derechos.

Los derechos del recién nacido son el eje en esta atención, generar espacios para la lactancia materna precoz y apego en un bebé sin complicaciones sería la prioridad.

Se adjunta formato de partograma y del plan de parto

FRECUENCIA CARDIACA FETAL

ICF ☐

TEGAS: I
 IDAS: R
 ID CLAR: G
 ID MECONAL: M
 ID SANGUINCENTO: S

LIQUIDO AMNIOICO MOLDEAMIENTO

Parto

DILATACION CUELLO UTERINO (cm) (trazo X)

DESCENSO CEFALICO Quintos (trazo O)

DESCENSO CEFALICO (D4-L4a)

ENGR DE 20'
Entre 20' y 40'
Mayor de 40'

CONTRACCIONES POR CADA 10 SEGUNDOS

ORTOCINAGIL GOTAS/MIN

MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS Y LIQUIDOS IV

USO ☐

PRESION ARTERIAL

TEMPERATURA C°

GRINA

PROTEINA
 ACETONA
 VOLUMEN

PARTOGRAMA DE LA OMS MODIFICADO

NOMBRE _____ EDAD _____ GESTA _____ P _____ N° DE HISTORIA CLÍNICA _____
 FECHA DE INGRESO _____ HORA DE INGRESO _____ TIEMPO DE MEMBRANAS ROTAS _____ HORAS _____
 DIAGNÓSTICO _____ OBSTETRIZ RESPONSABLE _____

PLAN DE PARTO

[illegible]

- Cumplida:
- Si la gestante llega al EE.SS. para el parto con su plan terminado, PLAN DE PARTO EFECTIVO.
- Además a través de la Aplicación de la Ficha del Plan de Parto se debe :

D. Anexo de la Política: Perfiles de puestos: médico cirujano, enfermera y obstetra.

PERFIL DEL PUESTO

RED-CH-01

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

Unidad Ejecutora:	GERENCIA SUB REGIONAL DE CHURCAMPÁ
Denominación:	MEDICO CIRUJANO
Nombre del puesto:	MEDICO CIRUJANO
Dependencia Jerárquica Lineal:	CENTROS DE SALUD
Dependencia Jerárquica funcional:	GERENCIA SUB REGIONAL DE CHURCAMPÁ
Puestos que supervisa:	-

MISIÓN DEL PUESTO

Brindar Atención Médica Integral Basado en Familia y Comunidad a pacientes de establecimientos de Salud de Primer nivel de Atención de acuerdo a Guías y Prácticas Clínicas vigentes. Contribuir en la disminución de la morbi mortalidad materna-infantil y la desnutrición crónica infantil.

FUNCIONES ESENCIALES DEL PUESTO

1	Organizar, Planificar, Evaluar y Supervisar las actividades delegadas al EESS, acorde a los objetivos institucionales.
2	Evaluar y brindar atención de urgencias, emergencias, diagnóstico, estabilización y referencia de acuerdo a la capacidad resolutive, normatividad vigente Y y ejercer sus funciones dentro del marco del Respeto del derecho de los pacientes y del consentimiento informado.
3	Brindar atención integral de salud intra y extramurales a la persona por etapa de vida, a la familia y a la comunidad con pertinencia intercultural y en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y comunidad y la normatividad vigente y de acuerdo a la capacidad resolutive.
4	Realizar y supervisar la atención integral en el proceso de embarazo, parto y puerperio a la madre y al recién nacido de acuerdo a los protocolos locales: Protocolo de Atención del parto vertical con pertinencia intercultural, Protocolo de Atención Inmediata del Recién Nacido sano en el parto normal y la normatividad vigente.
5	Elaborar la historia clínica en la atención general a la Población, registrar y firmar las atenciones, evoluciones, procedimientos y otros documentos establecidos de acuerdo a las normas y guías de atención. De igual modo éstas deben estar registrados en el HIS y FUAS y otros registro de acuerdo a norma.

OTRAS FUNCIONES DEL PUESTO:

1	Garantizar el cumplimiento de los indicadores y metas sanitarias, proyectado a favor de la población en el marco del presupuesto por resultados (PpR), SIS, FED y otros convenios de salud, y cumplir y ejecutar los programas de
2	Realizar el análisis situacional y determinación del perfil epidemiológico de la población, y garantizar el registro de datos en los sistemas de información de Salud (HIS, SIS, SIEN, Hechos vitales, SISMED, NOTi, SIP 2000, padrón nominado de niños y niñas, gestantes, recursos humanos y otros).
3	Organizar y participar campañas de Atención Médica, Atención Integral de Salud y Educación para la Salud en Establecimientos del ámbito de su jurisdicción.
4	Fortalecer el rol de los actores sociales, agente comunitario, parteras y agentes de la medicina tradicional a través del manejo de herramientas educativo participativas y de comunicación social, coordinando con las instituciones locales el diseño, la implementación y la evaluación de los planes vigentes.
5	Promocionar la medicina tradicional y su articulación con la medicina convencional y participar en la implementación y garantizar que su EESS cumpla con el Perfil de servicios de salud del primer nivel de atención que brindan atención integral en la gestación, parto y puerperio con pertinencia intercultural.
6	Consolidar, analizar y evaluar la información mensual, trimestral y anual de las actividades asistenciales, preventivas y promocionales, para su envío a los niveles que corresponde.
7	Monitorear y evaluar la implementación de las actividades del POA del establecimiento de salud.
8	Cumplir otras funciones Asignadas por el Jefe inmediato Superior.

COORDINACIONES PRINCIPALES**Coordinaciones Internas**

Todos los servicios del Establecimiento de Salud bajo la jurisdicción.

Coordinaciones Externas

Todas la Unidades Orgánicas.

FORMACIÓN ACADÉMICA**A.) Formación Académica**

	Incompleta	Completa
<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Universitario	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

B.) Grado(s)/situación académica y estudios requeridos para el puesto

☐ Egresado(a)

☐ Bachiller

☒ Título/ Licenciatura

☐ Maestría

☐ Egresado ☐ Titulado

☐ Doctorado

☐ Egresado ☐ Titulado

Médico Cirujano

C.) ¿Se requiere Colegiatura?

☒ Sí ☐ No

¿Requiere profesional? ☐ habilitación

☒ Sí ☐ No

CONOCIMIENTOS**A.) Conocimientos Técnicos principales requeridos para el puesto (No requieren documentación sustentaria):**

Atención Integral con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria y demas Normas Técnicas existentes y vigentes del MINSA

B.) Programas de especialización requeridos y sustentados con documentos.

Nota: Cada curso de especialización deben tener no menos de 24 horas de capacitación y los diplomados no menos de 90 horas.

Indique los cursos y/o programas de especialización requeridos:

Conocimiento en Emergencias Obstetricas y Neonatales (Obligatorio)

Conocimiento de AIEPI Clínico (Obligatorio)

Conocimiento en Ecografía (Opcional)

C.) Conocimientos de Ofimática e Idiomas.

OFIMÁTICA	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Word		<input checked="" type="checkbox"/>		
Excel		<input checked="" type="checkbox"/>		
Powerpoint		<input checked="" type="checkbox"/>		

IDIOMAS	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Inglés	<input checked="" type="checkbox"/>			
Quechua	<input checked="" type="checkbox"/>			
.....				

EXPERIENCIA**Experiencia general**

Indique la cantidad total de años de experiencia laboral; ya sea en el sector público o privado.

02 AÑOS DE EXPERIENCIA INCLUIDO SERUMS

Experiencia específica

A.) Marque el nivel mínimo de puesto que se requiere como experiencia; ya sea en el sector público o privado:

☒ Profesional ☐ Auxiliar o Asistente ☐ Analista / Especialista ☐ Supervisor / Coordinador ☐ Jefe de Área o Doto ☐ Gerente o Director

B.) Indique el tiempo de experiencia requerida para el puesto; ya sea en el sector público o privado:

02 AÑOS DE EXPERIENCIA

C.) En base a la experiencia requerida para el puesto (parte B), marque si es o no necesario contar con experiencia en el Sector Público:

☐ Sí, el puesto requiere contar con experiencia en el sector público ☐ NO, el puesto no requiere contar con exp. en el sector público.

* En caso que sí se requiera experiencia en el sector público, indique el tiempo de experiencia en el puesto y/o funciones equivalentes.

02 AÑOS DE EXPERIENCIA

* Mencione otros aspectos complementarios sobre el requisito de experiencia; en caso existiera algo adicional para el puesto.

HABILIDADES O COMPETENCIAS

CAPACIDAD ANALITICA Y ORGANIZATIVA

CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL

CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESION

COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA

CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO

ETICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ.

PERFIL DEL PUESTO

RED-CH-02

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

Unidad Orgánica:	GERENCIA SUB REGIONAL CHURCAMP
Denominación:	LICENCIADO EN ENFERMERIA
Nombre del puesto:	LICENCIADO EN ENFERMERIA
Dependencia Jerárquica Lineal:	CENTROS DE SALUD Y PUESTOS DE SALUD
Dependencia Jerárquica funcional:	GERENCIA SUB REGIONAL CHURCAMP
Puestos que supervisa:	-

MISIÓN DEL PUESTO

Brindar atención de enfermería con calidad y calidez, aplicando el enfoque de interculturalidad en salud, basado en familia y comunidad, para contribuir a la reducción de la desnutrición crónica, anemia de menores de 5 años y morbi-mortalidad Materna-Neonatal y otras prioridades sanitarias de la Región Huancavelica.

FUNCIONES ESENCIALES DEL PUESTO

1	Planificar, programar, coordinar y ejecutar todas las actividades de Lic. En Enfermería y de salud pública, y dentro del marco del Respeto del derecho de los pacientes y del consentimiento informado, y cumplir y ejecutar los protocolos y guías de bioseguridad.
2	Realizar y supervisar la atención inmediata al recién nacido y la detección precoz de malformaciones congénitas de acuerdo al Protocolo de Atención Inmediata del Recién Nacido sano en el parto normal y la normatividad vigente.
3	Manejar el esquema y la aplicación de inmunizaciones para todas las etapas de vida y monitorea el funcionamiento de la cadena de frío, según normas vigentes+C30
4	Evaluar el crecimiento y desarrollo integral del niño y del adolescente, y asesora en la elaboración del plan de vida del adolescente, según normas vigentes.
5	Brindar atención integral de salud intra y extramurales a la persona por etapa de vida, a la familia y a la comunidad con pertinencia intercultural y en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y comunidad y la normatividad vigente y de acuerdo a la capacidad resolutoria.
6	Realizar la evaluación y el seguimiento nutricional a niños con desnutrición, de acuerdo a las normas vigentes.

OTRAS FUNCIONES DEL PUESTO:

1	Participar en la elaboración y el análisis situacional y determinación del perfil epidemiológico de la población.
2	Elaborar la historia clínica en la atención general al Recién Nacido, Niño, Adolescente, Joven, Adulto, Adulto Mayor y otros, registrar y firmar las atenciones, evoluciones, procedimientos, fichas de control y otros documentos establecidos de acuerdo a las normas y guías de atención. De igual modo éstas deben estar registrados en el HIS y FUAS.
3	Fortalecer el rol de los actores sociales, agente comunitario, parteras y agentes de la medicina tradicional a través del manejo de herramientas educativo participativas y de comunicación social, coordinando con las instituciones locales el
4	Promocionar la medicina tradicional y su articulación con la medicina convencional y participar en la implementación y garantizar que su EESS cumpla con el Perfil de servicios de salud del primer nivel de atención que brindan atención integral en la gestación, parto y puerperio con pertinencia intercultural.
5	Realizar cuidados de enfermería (colocación de sonda nasogástrica, nebulización, aspiración de secreciones y administración de medicamentos)
6	Realizar sesiones de estimulación temprana al niño/niña de acuerdo a la normatividad vigente.
7	Realizar la captación de personas de riesgo de enfermedades transmisibles y no transmisibles, de acuerdo a las normas vigentes
8	Consolidar, analizar y evaluar la información mensual, trimestral y anual de las actividades asistenciales, preventivas y promocionales, para su envío a los niveles que corresponde, y garantizar el cumplimiento de los indicadores y metas sanitarias, proyectado a favor de la población en el marco del presupuesto por resultados (PpR), SIS, FED y otros convenios de salud.
9	Cumplir Otras Funciones Asignadas por el Jefe Inmediato.

COORDINACIONES PRINCIPALES**Coordinaciones Internas**

Todos los servicios del Establecimiento de Salud bajo la jurisdicción.

Coordinaciones Externas

Todas las Unidades Orgánicas.

FORMACIÓN ACADÉMICA

A.) Formación Académica				B.) Grado(s)/situación académica y estudios requeridos para el puesto				C.) ¿Se requiere Colegiatura?	
	Incompleta	Completa						¿Requiere habilitación profesional?	
<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Egresado(a)	LICENCIADO EN ENFERMERIA			<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bachiller						
<input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura						
<input checked="" type="checkbox"/> Universitario	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Especialidad				<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado <input type="checkbox"/> estudios						

CONOCIMIENTOS**A.) Conocimientos Técnicos principales requeridos para el puesto (No requieren documentación sustentatoria):**

CONOCIMIENTOS EN NORMAS TÉCNICAS VIGENTES DEL MINSA

CONOCIMIENTO EN AIEPI CLÍNICO Y/O COMUNITARIO

Conocimiento en la atención integral por etapas de vida (niño, adolescente, adulto, adulto joven, adulto mayor)

Conocimiento en antropometría, atención integral de salud basado en familia.

Conocimiento en atención primaria de la salud con enfoque intercultural

B.) Programas de especialización requeridos y sustentados con documentos.

Nota: Cada curso de especialización deben tener no menos de 24 horas de capacitación y los diplomados no menos de 90 horas.

• ACREDITAR CURSOS DE BIOSEGURIDAD.

• Acreditar capacitación en atención integral de salud basado en familia y comunidad (opcional)

• Acreditar curso de AIEPI comunitario o clínico (opcional).

• Acreditar capacitación en atención del Recién nacido (opcional).

• Acreditar capacitación en cualquier estrategia sanitaria del Ministerio de Salud (opcional).

Indique los cursos y/o programas de especialización requeridos:

C.) Conocimientos de Ofimática e Idiomas.

OFIMÁTICA	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Word		<input checked="" type="checkbox"/>		
Excel		<input checked="" type="checkbox"/>		
Powerpoint		<input checked="" type="checkbox"/>		

IDIOMAS	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Inglés	<input checked="" type="checkbox"/>			
Quechua	<input checked="" type="checkbox"/>			
.....				

EXPERIENCIA**Experiencia general**

Indique la cantidad total de años de experiencia laboral; ya sea en el sector público o privado.

02 AÑOS DE EXPERIENCIA (INCLUIDO SERUMS)

Experiencia específica

A.) Marque el nivel mínimo de puesto que se requiere como experiencia; ya sea en el sector público o privado:

☒ Profesional ☐ Auxiliar o Asistente ☐ Analista / Especialista ☐ Supervisor ☐ Jefe de Área o ☐ Gerente o Director

B.) Indique el tiempo de experiencia requerida para el puesto; ya sea en el sector público o privado:

02 AÑOS DE EXPERIENCIA

PERFIL DEL PUESTO

RED-CH-03

IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

Unidad Orgánica:	GERENCIA SUB REGIONAL CHURCAMP
Denominación:	OBSTETRA
Nombre del puesto:	OBSTETRA
Dependencia Jerárquica Lineal:	CENTROS DE SALUD - PUESTO DE SALUD
Dependencia Jerárquica funcional:	GERENCIA SUB REGIONAL CHURCAMP
Puestos que supervisa:	-

MISIÓN DEL PUESTO

BRINDAR ATENCIÓN OBSTETRICA DE SALUD EN EL AMBITO DE SU COMPETENCIA A LA MUJER, FAMILIA Y LA COMUNIDAD EN FORMA SISTEMATIZADA Y COORDINADA CON LOS DEMAS PROFESIONALES DE LA SALUD, PARA CONTRIBUIR EN LA DISMINUCIÓN DE LA MORBI MORTALIDAD MATERNA-INFANTIL Y LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL.

FUNCIONES DEL PUESTO

1	Planificar, programar, coordinar, supervisar todas las actividades de obstetricia a Nivel de su jurisdicción.
2	Realizar y supervisar la atención integral con pertinencia intercultural y en el marco de derechos en el proceso de embarazo, parto y puerperio de acuerdo a la elección de la usuaria en base a Protocolo de Atención del parto vertical con pertinencia intercultural y la normatividad vigente.
3	Realizar la atención prenatal reenforcada para asegurar el paquete de atención integral a las gestantes (incluye monitoreo fetal, psicoprofilaxis, estimulación prenatal) de acuerdo a la normatividad vigente
3	Realizar la consejería en planificación familiar y salud sexual y reproductiva
4	Realizar procedimientos de detección precoz de cáncer ginecológico.
5	Elaborar la historia clínica en la atención general a las mujeres en edad reproductiva, registrar y firmar las atenciones, evoluciones, procedimientos, fichas de control obstétrico y otros documentos establecidos de acuerdo a las normas y guías de atención vigente.
6	Garantizar el registro de datos en los sistemas de informacion de Salud (HIS, SIS, SIEN, Hechos vitales, SISMED, NOTI, SIP 2000, padrón nominado de niños y niñas, gestantes, recursos humanos y otros).

FUNCIONES DEL PUESTO

1	Evaluar la salud sexual reproductiva de la MER y adolescente, incluye consejería integral, consejería preconcepcional.
2	Realizar consejería para prevenir y controlar los riesgos y daños de enfermedades no transmisibles de acuerdo a la normatividad vigente como cáncer de cuello uterino, IVAA, Sífilis, VIH.
3	Realizar visitas domiciliarias para realizar el diagnóstico familiar, captando y realizando el seguimiento a gestantes y usuarias de planificación familiar de acuerdo a la normatividad vigente.
4	Realizar el análisis situacional y determinación del perfil epidemiológico de la población.
5	Brindar atención integral de salud intra y extramurales a la persona por etapa de vida, a la familia y a la comunidad con pertinencia intercultural y en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y comunidad y la normatividad vigente y de acuerdo a la capacidad resolutive.
6	Fortalecer el rol de los actores sociales, agente comunitario, parteras y agentes de la medicina tradicional a través del manejo de herramientas educativo participativas y de comunicación social, coordinando con las instituciones locales el diseño, la implementación y la evaluación de los planes vigentes.
7	Promocionar la medicina tradicional y su articulación con la medicia convencional y participar en la implementación y garantizar que su EESS cumpla con el Perfil de servicios de salud del primer nivel de atención que brindan atención integral
8	Consolidar, analizar y evaluar la información mensual, trimestral y anual de las actividades asistenciales, preventivas y promocionales, para su envío a los niveles que corresponde, y realizar actividades para el cumplimiento de los indicadores y metas sanitarias, proyectado a favor de la población en el marco del presupuesto por resultados (PpR), SIS y otros convenios de salud.
9	Cumplir otras Funciones Asignadas por el Jefe Inmediato Superior, acorde a los objetivos institucionales.

COORDINACIONES PRINCIPALES

Coordinaciones Internas

Todos los servicios del Establecimiento de Salud bajo la jurisdicción.

Coordinaciones Externas

Todas las Unidades Orgánicas.

FORMACIÓN ACADÉMICA

A.) Formación Académica

	Incompleta	Completa
<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Universitario	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

B.) Grado(s)/situación académica y estudios requeridos para el puesto

<input type="checkbox"/> Egresado(a)	Obstetra
<input type="checkbox"/> Bachiller	
<input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura	
<input type="checkbox"/> Maestría / Especialidad	
<input type="checkbox"/> Egresado <input type="checkbox"/> Titulado <input type="checkbox"/> estudios	

C.) ¿Se requiere Colegiatura?

☒ Sí ☐ No

¿Requiere habilitación profesional?

☒ Sí ☐ No

CONOCIMIENTOS

A.) Conocimientos Técnicos principales requeridos para el puesto (No requieren documentación sustentaria) :

CONOCIMIENTOS EN NORMAS TÉCNICAS VIGENTES DEL MINSA

EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS.

B.) Programas de especialización requeridos y sustentados con documentos.

Nota: Cada curso de especialización deben tener no menos de 24 horas de capacitación y los diplomados no menos de 90 horas.

ACREDITAR CURSOS DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS.

ACREDITAR CURSOS EN SALUD

Indique los cursos y/o programas de especialización requeridos:

CURSOS DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS.

C.) Conocimientos de Ofimática e Idiomas.

OFIMÁTICA	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Word		<input checked="" type="checkbox"/>		
Excel		<input checked="" type="checkbox"/>		
Powerpoint		<input checked="" type="checkbox"/>		

IDIOMAS	Nivel de dominio			
	No aplica	Básico	Intermedio	Avanzado
Inglés	<input checked="" type="checkbox"/>			
Quechua	<input checked="" type="checkbox"/>			
.....				

EXPERIENCIA

Experiencia general

Indique la cantidad total de años de experiencia laboral; ya sea en el sector público o privado.

02 AÑOS DE EXPERIENCIA (INCLUIDO SERUMS)

Experiencia específica

A.) Marque el nivel mínimo de puesto que se requiere como experiencia; ya sea en el sector público o privado:

☒ Profesional ☐ Auxiliar o Asistente ☐ Analista / Especialista ☐ Supervisor / Coordinador ☐ Jefe de Área o Dpto ☐ Gerente o Director

B.) Indique el tiempo de experiencia requerida para el puesto; ya sea en el sector público o privado:

02 AÑOS DE EXPERIENCIA

C.) En base a la experiencia requerida para el puesto (parte B), marque si es o no necesario contar con experiencia en el Sector Público:

☐ Sí, el puesto requiere contar con experiencia en el sector público

☐ NO, el puesto no requiere contar con experiencia en el sector público.

* En caso que si se requiera experiencia en el sector público, indique el tiempo de experiencia en el puesto y/o funciones equivalentes.

02 AÑOS DE EXPERIENCIA

* Mencione otros aspectos complementarios sobre el requisito de experiencia; en caso existiera algo adicional para el puesto.

HABILIDADES O COMPETENCIAS

CAPACIDAD ANALÍTICA Y ORGANIZATIVA

CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE A CUALQUIER NIVEL

CAPACIDAD PARA TRABAJAR BAJO PRESIÓN

COMPROMISO INSTITUCIONAL BUSCANDO LA EXCELENCIA

CAPACIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO Y LIDERAZGO

ÉTICA Y VALORES: SOLIDARIDAD Y HONRADEZ.

- **E. Anexo de la Política: Perfil de servicios de salud del primer nivel de atención que brindan atención integral en la gestación, parto y puerperio con pertinencia intercultural.**

- **Establecimiento de salud:** _____ **Jefe del establecimiento:** _____

Criterios	Características mínimas tangibles	Diagnóstico			Implementación													Evaluación				
		Inicio	Proceso	Logrado	Cronograma													Responsable	Inicio	Proceso	Logrado	Fuente de verificación
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D						
Valoración de especialistas de la medicina andina y reconocimiento de los derechos de la población a participar en el diagnóstico y evaluación de los servicios de salud	Existe registro actualizado de personas con saberes ancestrales o especialistas de la medicina andina ("agentes de la medicina tradicional").																					
	Se realizan reuniones de intercambio interculturales ("diálogos interculturales") entre proveedores, agentes comunitarios de salud, agentes de la medicina tradicional, líderes, autoridades comunales para mejorar la calidad de la atención materno infantil. Estas reuniones tienen por objetivo el mutuo entendimiento respecto a los principales problemas de salud de la población y la evaluación de los establecimientos de salud. Un requisito previo para garantizarlas es la sensibilización del personal de salud respecto al valor de la medicina andina y sus especialistas, como a la salud intercultural. Asimismo, supone conocimiento y compromisos concretos respecto a la implementación de la política de salud intercultural en lo que a este tema respecta (eje 2: revalorización de la medicina indígena y su articulación con la medicina convencional y el eje 4: participación y empoderamiento de los PPII respecto a temas de salud).																					
	Se elabora un plan para poner en práctica la política sectorial de salud intercultural con metas e indicadores, el que debe recoger lo dicho en los diálogos interculturales con la población.																					
	Se divulga los derechos de los pueblos quechuas en asambleas comunales y otros espacios, así como los cuatro ejes de la política sectorial en salud intercultural.																					
	Se difunden los servicios de salud materno infantil que brindan atención del parto con pertinencia cultural y el derecho de las mujeres a escoger la posición en la que desean dar a luz.																					
Prestación de servicios de salud de acuerdo a la política sectorial de salud intercultural	Cuenta con la Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical.																					
	El 100% de integrantes de los profesionales con funciones obstétricas neonatales del establecimiento de salud conocen la Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical.																					
	El 100% de integrantes de los profesionales con funciones obstétricas neonatales del establecimiento de salud conocen el Protocolo de Atención del parto vertical con pertinencia intercultural y el protocolo de atención inmediata del recién nacido sano de la provincia de Churcampa.																					
	Cuenta con sala de parto que brinda seguridad cultural (apropiado a la cultura local).																					
	Se acepta que las parteras acompañen y participen del parto de las mujeres que así lo requieran.																					

[illegible]

	Se realiza reuniones para analizar avances de incorporación de la interculturalidad de acuerdo a los ejes de la política sectorial de salud intercultural y a un plan elaborado previamente.																						
Información diferenciada	En la sala situacional se cuenta con información de atención de parto en posición vertical y horizontal atendidos en el establecimiento de salud.																						
	En la sala situacional se cuenta con información de atención de partos con participación de parteras tradicionales.																						
	En la sala situacional se cuenta con información de atención de parto con participación de familiares.																						

•

F. Anexo de la Política: Protocolo de atención inmediata del recién nacido normal en el parto vertical con pertinencia intercultural

Este anexo se está compartiendo como Literatura Gris

G. Anexo de la Política: Protocolo de atención del parto vertical con pertinencia intercultural en el primer nivel de atención de salud.

Este anexo se está compartiendo como Literatura Gris

H. Anexo de la Política: Guía metodológica para reconocimiento y la capacitación de en vigilancia ciudadana de los servicios de salud del primer nivel de atención con pertinencia de la provincia de Churcampá.

1. INTRODUCCIÓN

El Instituto de Estudios Peruanos (IEP) y Salud Sin Límites Perú (SSL) vienen implementando el proyecto: “Fortaleciendo la Institucionalidad del Parto y la Salud Materna con Pertinencia Cultural y Enfoque de Derechos en la Red de Salud Churcampá”, cuyo objetivo es fortalecer el enfoque de derechos y la experiencia de institucionalización del parto vertical con pertinencia intercultural en el centro de salud de Churcampá, disminuyendo su vulnerabilidad y aumentando su institucionalización.

En este contexto, parte de la intervención del proyecto es fortalecer a la sociedad civil y generar mecanismos de participación ciudadana.

La presente Guía tiene el objetivo de ser una herramienta que oriente el proceso de reconocimiento e implementación de vigilancia ciudadana de los servicios de salud con pertinencia intercultural, enfocado en la salud materna del primer nivel de atención en la provincia de Churcampá. Este proceso supone: a) el reconocimiento de los derechos de la población a la vigilancia ciudadana de los servicios de salud, como los derechos de los pueblos indígenas y originarios **por parte del personal de salud** y; b) la **coordinación con organizaciones de la sociedad civil** para que puedan llevar a cabo el proceso de capacitación de organizaciones miembros de la sociedad churcampina para la vigilancia ciudadana de los servicios de salud.

2. PROPÓSITO

Promover el reconocimiento y la participación ciudadana a través de vigilancia de los servicios de salud del primer nivel de atención con pertinencia intercultural con énfasis en la salud materna.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer los contenidos y procesos para reconocer y facilitar la existencia de mecanismos de vigilancia ciudadana de parte de la sociedad civil (Frente de Defensa y Consejos de Desarrollo Comunal-CONDECOS) a los servicios de salud del primer nivel de atención con pertinencia intercultural enmarcado en la salud en la salud materna en la provincia de Churcampá.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- a) Adquirir, fortalecer y desarrollar las habilidades y aptitudes para implementar estrategias con enfoque intercultural para mejorar el acceso a los servicios de salud en el marco de los derechos individuales y colectivos.
- b) Realizar coordinaciones y desarrollar capacidades que permitan a las organizaciones de la sociedad potenciar procesos de reconocimiento y ejercicio de derechos de los pueblos indígenas, interculturalidad, participación ciudadana, y vigilancia ciudadana de los servicios de salud con pertinencia intercultural enfocados en la salud materna.
- c) Desarrollar capacidades que permitan a las instituciones y proveedores de salud potenciar procesos de reconocimiento de la autonomía de la sociedad civil para realizar vigilancia ciudadana en salud, así como de los derechos de los pueblos indígenas, y especialmente la importancia de la vigilancia ciudadana de los servicios de salud con pertinencia intercultural enfocados en la salud materna.
- d) Brindar herramientas para el reconocimiento, planificación y realización de acciones de vigilancia ciudadana de los servicios de salud del primer nivel de atención con pertinencia intercultural con énfasis en la salud materna.
- e) Promover acciones de vigilancia ciudadana de los servicios de salud del primer nivel de atención con pertinencia intercultural con énfasis en la salud materna.

4. AMBITO DE APLICACIÓN

CONDECOS y Agentes Comunitarios de Salud (ACS) de las comunidades pertenecientes a la jurisdicción del CS Churcampa.

5. BASE LEGAL

- Constitución Política del Perú 1993. Art. 2 inciso 19; art 49.
- Convenio 169 OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. Art. 25.
- Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, 2007.
- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 29414 Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Ley N° 29785 Ley del Derecho a la Consulta Previa a los Pueblos Indígenas u Originarios reconocido en el Convenio 169 de la OIT.
- Decreto Supremo 001-2012 MC que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29785.
- Directiva Administrativa 133-2008 MINSA/DST- V-01 para el reconocimiento de los Comités de Vigilancia Ciudadana en Salud,
- Decreto Supremo N° 003-2015 – MC que aprueba la Política Nacional para la Transversalización del Enfoque Intercultural.
- Decreto Supremo N° 027-2015 SA que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Resolución Ministerial N° 638-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 047-MINSA/DGSP-V.01, para la Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 611-2014/MINSA que aprueba el Documento Técnico: Diálogo Intercultural en Salud.

- Resolución Ministerial N° 124-2015-MC, que aprueba la Guía de lineamientos denominada "Servicios Públicos con Pertinencia Cultural. Guía para la Aplicación del Enfoque Intercultural en la Gestión de los Servicios Públicos"

6. CONFORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DEL COMITÉ DE VIGILANCIA CIUDADANA DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON PERTINENCIA CULTURAL CON ENFASIS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN CON PERTINENCIA DE LA PROVINCIA DE CHURCAMP

Planificación y programación

- Elaboración de documento guía
- Selección de participantes y coordinaciones con organizaciones de la sociedad civil que se hagan cargo del proceso de capacitación
- Preparación de materiales



Fortalecimiento de capacidades: I reunión de capacitación

- Reivindicación de los pueblos indígenas
 - Pueblos indígenas e identidad cultural
 - Derechos en salud de los pueblos indígenas
- Participación ciudadana en salud



Reconociendo los Servicios de Salud con pertinencia intercultural: Visita guiada al CS Churcampa

Aplicación del instrumento: Perfil de los servicios de salud del primer nivel de atención que brindan atención integral en la gestación, parto y puerperio con pertinencia intercultural



Fortalecimiento de capacidades: II reunión de capacitación

- Organización del Comité de vigilancia ciudadana de la provincia de Churcampa
- Definición del objeto de vigilancia
- Los 10 pasos de la Vigilancia en Churcampa.



Visitas conjuntas e inopinadas del Comité de Vigilancia con el jefe del EESS y la responsable de Pueblos indígenas de la UORSCH.

Según cronograma establecido y con la aplicación del instrumento Perfil de los servicios de salud del primer nivel de atención que brindan atención integral en la gestación, parto y puerperio con pertinencia intercultural.

7. MÓDULO DE CAPACITACIÓN

7.1. OBJETIVO DEL MÓDULO

Desarrollar capacidades en los integrantes del Frente de Defensa de Churcampá, CONDECOS y ACS, que les permitan potenciar procesos en derechos de los pueblos indígenas, interculturalidad, participación ciudadana, y vigilancia ciudadana de los servicios de salud con pertinencia intercultural enfocados en la salud materna.

7.2. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA MODULARIZADO

a) Público objetivo

Este módulo está dirigido a los integrantes de: Frente de defensa de la Provincia de Churcampá, CONDECOSy ACS de las comunidades de: Ccotccoy, Cconocc, Pichcay, Tullpacancha, Patacancha, Pacchach Piruacocha, San Mateo y Huallecay.

b) Enfoque metodológico del aprendizaje

Enfoque constructivista: porque el aprendizaje no es un mero producto de la influencia del ambiente ni un simple resultado de la destreza innata del ser humano, sino una construcción propia que se va produciendo día a día como resultado de la interacción entre esos dos factores. Para la construcción de nuevos saberes se parte de esos esquemas que ya posee y si enmarcamos a una adecuada metodología de educación para adultos obtendremos mejores resultados.

Los “saberes previos” son elementos importantes para el aprendizaje. La actividad mental constructiva se desarrollará sobre su experiencia práctica, valorando su aprendizaje y anclando el nuevo aprendizaje sobre lo aprendido.

La problematización: partiendo del análisis crítico, activo y reflexivo, participativo de la realidad en la que trabaja el participante en la vida real, se desarrolla una nueva conceptualización sobre esta realidad, sus causas y consecuencias.

c) Organización del módulo

El módulo está organizado en tres sesiones que se desarrollarán en una reunión de capacitación.

SESIÓN I:	• Pueblos indígenas e identidad cultural
SESIÓN II:	• Derechos en salud de los pueblos indígenas
SESIÓN III:	• Participación ciudadana en salud

d) Organización de las Sesiones

SESIÓN I REINVINDICACIÓN DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA	
1. INTRODUCCIÓN A LA SESIÓN	
¿Qué resultados esperamos alcanzar? Líderes reconocen su identidad cultural, sus derechos y la importancia de su participación en la vigilancia de los servicios de salud con pertinencia intercultural con énfasis en la salud materna.	Tiempo para desarrollar la sesión 6 horas.
Contenido de la sesión <ul style="list-style-type: none">• Cultura e Identidad cultural• Pueblos indígenas• Derechos en salud de los pueblos indígenas• Participación y vigilancia ciudadana	
2. AYUDA MEMORIA PARA FACILITADOR	

2.1. CONCEPTOS BÁSICOS DE PUEBLOS INDÍGENAS

La cultura: Es un conjunto de formas y modos adquiridos de concebir el mundo, de pensar, de hablar, de expresarse, percibir, comportarse, organizarse socialmente, comunicarse, sentir y valorarse a uno mismo como individuo y en grupo. La cultura también determina nuestras formas de resolver problemas, y la relación con los demás, con la naturaleza y con nosotros mismos.

- La cultura incluye: bienes materiales, bienes simbólicos (ideas), instituciones (escuela, familia, gobierno), costumbres, hábitos, leyes.
- La cultura está en constante construcción (modificación, recreación de los elementos ancestrales) por ello la cultura es dinámica.
- La cultura es la identidad de un pueblo o sociedad.

Cosmovisión: Es la forma de ver y concebir el mundo (cosmos) en el que viven los seres humanos. Es la visión o ideología que se forman asociada a sus creencias míticas y espirituales, para explicarse el mundo y las relaciones que lo sustentan.

Identidad cultural: Es la capacidad de sentirse identificado con su cultura. Es el sentimiento de pertenencia a una cultura determinada, construida a través de la adopción e internalización de elementos culturales comunes a dicho grupo humano y que permite marcar diferencia al relacionarse con otros individuos.

Interculturalidad: Garantiza entendimiento entre culturas que habitan en un mismo territorio, permite orientar propuestas con construcción cultural conjunta que refleje la gran diversidad presente en una sociedad.

El desarrollo se alcanzará cuando se plasme el encuentro y la comprensión entre las culturas que coexistimos. Si alcanzamos este concepto la interculturalidad abogara por la defensa de la diversidad, respeto y dialogo cultural.

Interculturalidad en salud: A decir de Ibacache, la interculturalidad es: “La capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional; percepciones que a veces pueden ser incluso hasta contrapuestas. Y en el plano operacional se entiende la interculturalidad como potenciar lo común entre el sistema de salud occidental y el sistema de salud indígena, respetando y manteniendo la diversidad...”. Es entender cabalmente el sentido que tienen las cosas y objetos para los otros.

Pertinencia Intercultural: Es un proceso intercultural, bidireccional, resultado del diálogo intercultural que exige la aceptación consciente y acordada en mutuo entendimiento y respeto cultural para la toma de acuerdos entre la población y proveedores de salud. En este proceso de construcción las imposiciones no tienen lugar y, por el contrario, las diversas percepciones, intereses y perspectivas respetuosamente ceden y gana espacios para el beneficio mutuo en la mejora de la calidad de atención que respeta, valora e incorpora conocimientos, saberes y prácticas en el proceso de atención de salud. A diferencia de la “adecuación cultural” que se limita a una iniciativa unilateral -generalmente desde la oferta de servicio- para lograr la aceptación o acercamiento de los usuarios y cumplir con las metas propuestas. La pertinencia intercultural involucra activamente, mediante el diálogo respetuoso a los actores sociales de diversas culturas para alcanzar acuerdos que se comprometen a implementar.

La salud: Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. También es la expresión individual y colectiva de calidad de vida y bienestar, y producto de las determinaciones sociales.

La concepción de los pueblos indígenas respecto a la salud, está ligada a una perspectiva integral del mundo; como consecuencia, se prefiere definir la salud en términos de un bienestar integral que incorpora, infaltablemente, la dimensión espiritual. De esta manera, el concepto de “salud integral” abarca el bienestar biológico, el psicológico, el social y el espiritual del individuo y de su comunidad en condiciones de equidad.

Visto así, la salud de las poblaciones indígenas es una resultante de la integración de elementos fundamentales, como el acceso a la tierra, el nivel de participación en la sociedad nacional y la libertad para vivir su propia singularidad cultural en lo que respecta a su alimentación, vestimenta, vivienda, trabajo, educación y, especialmente, sus posibilidades de acceso, acorde al derecho que les asiste, a los servicios públicos de atención de la salud en condiciones de equidad y dignidad.

El Derecho: Es un recurso, un poder, un servicio, un acuerdo, un deber ser que ha sido reconocido socialmente y que se ha convertido en norma o ley. Se trata de un conjunto de normas y conductas que podemos exigir por nuestra condición de personas y que necesitamos para nuestra sobrevivencia, desarrollo personal y bienestar.

Derechos humanos: Los derechos humanos pertenecen a cada persona, sin distinciones de ninguna especie, como lo dice la siguiente definición: “La sociedad contemporánea reconoce que todo ser humano, por el hecho de serlo, tiene derechos frente al Estado, derechos que éste, o bien tiene el deber de respetar y garantizar o bien está llamado a organizar su acción a fin de satisfacer su plena realización. Estos derechos, atributos de toda persona e inherentes a su dignidad, que el Estado está en el deber de respetar, garantizar o satisfacer son los que hoy conocemos como derechos humanos”



GUIÓN METODOLÓGICO DEL TALLER: “REINVINDICACIÓN DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA”					
Horario	Actividad	Metodología	Tiempo	Recursos materiales	Responsable
SESIÓN I					
08:00 – 8:30	Registro de participantes	Se llenará un registro proporcionado por el responsable.	30’	Formato de registro	Facilitadora
08:30 – 8:50	Introducción al Taller.	La facilitadora saluda a los participantes y les da la bienvenida al taller. Solicita a los participantes que cada uno se presente diciendo su nombre, su cargo en su comunidad, de donde viene y que es lo que más le gusta de ser churcampino (Se anotaran las respuestas en un papelote).	30’	Programa	Facilitadora
8:50 – 11:00	Reivindicación de los pueblos indígenas y derechos	<p>La facilitadora forma 8 grupos, entrega a cada uno una tarjeta y solicita que cada grupo debe realizar lo que está escrito en la tarjeta (Narrar la historia de Churcampi, dibujar el mapa de Churcampi, representar un baile costumbrista, cantar una canción típica, dibujar y presentar tres platos típicos, representar una costumbre agrícola, narrar la historia de los Apus tutelares, patrones y santos y que fiestas celebran, compartir costumbres en salud ancestral).</p> <p>A partir del ejercicio se reconoce que Churcampi tiene: Identidad cultural, continuidad histórica, territorio, Idioma, costumbres y tradiciones; por lo tanto, tiene cultura y es un pueblo indígena a pesar de no haber incluido en la lista de Pueblos Indígenas del Ministerio de Cultura.</p> <p>Se proyecta el primer video: “El rostro del Perú” (Herramienta N° 01) con el objetivo de que los participantes reconozcan los diferentes pueblos indígenas que existen en el país y se les realiza la pregunta: ¿Con que pueblo se identifican? Escribir la respuesta en una cartulina y colocarlo en un lugar visible del ambiente.</p> <p>La facilitadora presenta el segundo video: “Sin derechos de los pueblos indígenas, hay desigualdad” (Herramienta N° 02). Una vez proyectado el video se realiza las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> –¿Qué son los pueblos indígenas? –¿Qué protege a los pueblos indígenas? –¿Cuáles son los derechos que tienen los pueblos indígenas? <p>La facilitadora anota las respuestas en un papelote y refuerza los conceptos</p>	115”	Tarjetas de cartulina escritas Plumones Papelotes Cartulinas Herramientas N° 01, 02, 03 y 04	Facilitadora

		<p>básicos de pueblos indígenas y explicar las leyes, normas y políticas que protegen la salud de los pueblos indígenas.</p> <p>La facilitadora forma cinco y con la ayuda de la herramienta N° 03 entrega a cada grupo un caso y cartulinas de un color específico a cada grupo y les solicita que respondan las preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ¿Qué se implementará? – ¿Dónde se implementará? – ¿Quién(es) implementarán? – ¿Con quién(es) se implementará? <p>Se indica que deberán usar una cartulina para cada pregunta con el objetivo de que cuando se exponga en la plenaria se coloquen en columnas verticales donde se puedan relacionar las respuestas.</p> <p>Se indica a los participantes que los Pueblos Indígenas tenemos protección nacional e internacional y que ahora conocemos las leyes, normas y políticas que los respaldan. Asimismo, tenemos también deberes y derechos como usuarios de los servicios de salud que es importante conocer para hacer respetar nuestros derechos y de la población, pero también cumplir con nuestros deberes.</p> <p>Para esto se realiza el ejercicio “Así como tengo derechos, también tengo deberes” con el uso de la herramienta N° 04 con el objetivo de informar los derechos y deberes de los usuarios de salud. Para esto se le entregará a cada participante una cartulina con un deber o derecho, se pegará en la pared en dos columnas: deber y derecho, cada participante deberá ubicar la cartulina que le toco en deber o derecho y explicar porque considera que es deber o derecho. Se pregunta a los participantes si están de acuerdo con la consideración de los compañeros.</p>			
11:00 - 11:15	Refrigerio				
11:00 –13:00	Participación ciudadana	<p>La facilitadora divide a los participantes en tres grupos, entrega a cada grupo dos juegos de tarjetas preparadas previamente, tal como se detalla en la herramienta N° 05, y brinda las indicaciones para que durante 10 minutos los grupos relacionen adecuadamente las tarjetas.</p> <p>Transcurrido el tiempo, iniciar la plenaria o presentación de cada grupo.</p> <p>Concluida la plenaria la facilitadora con ayuda de una presentación PPT aclarará</p>	60”	<p>Herramienta N° 05, 06 y 07</p> <p>Tarjetas u hojas</p> <p>Plumones.</p> <p>Papelotes</p> <p>Cinta Masking</p>	

		<p>los conceptos y se les permitirá a los tres grupos volver a armar sus tarjetas, pero ahora tienen 5 minutos para hacerlo, se revisará y se reforzaran los conceptos si hay alguna confusión.</p> <p>La facilitadora hace la pregunta a los participantes: ¿Cómo podemos participar para que el CS Churcampa brinde atención con pertinencia cultural?</p> <p>La respuesta esperada después de una lluvia de ideas es a través de la vigilancia ciudadana, con esta respuesta se hace una presentación</p> <p>Se presenta el video “Experiencia de Vigilancia Ciudadana” (Herramienta N° 06).</p> <p>Culminada la proyección del video se realiza las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ¿Qué hacían las mujeres? – ¿Dónde y cómo vigilaban? – ¿Qué le decía al inicio el personal de salud? – ¿Qué les dice ahora el personal de salud? – ¿Qué encontraron en los EESS cuando vigilaban? – ¿Qué lograron? – ¿Por qué es importante que se realice la vigilancia ciudadana? – ¿Podremos realizar vigilancia ciudadana en Churcampa? <p>Se escriben todas las respuestas en un papelote y se vinculan los temas tratados de pueblos indígenas, derechos, participación ciudadana y parto vertical.</p> <p>Se orienta a los participantes para que se vigilen los servicios de salud con pertinencia intercultural enfocada en la salud materna y se indica que para esto se necesita conocer los servicios de salud por lo que se les invita a realizar un recorrido por el CS Churcampa, se define fecha y hora de la visita.</p> <p>Se aclaran dudas y se felicita a los todos por su valiosa participación y se finaliza la reunión de capacitación.</p>			
13:00 - 14:00	Almuerzo				

2.2. PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Sociedad Civil: Es el conjunto de ciudadanos organizados de forma voluntaria, auto generadora, apoyada por sí misma, autónoma del Estado y cohesionada por un orden legal o un conjunto de reglas compartidas. Es diferente a la "sociedad" en general, puesto que involucra ciudadanos que actúan colectivamente en la esfera pública para expresar sus intereses, pasiones e ideas, intercambiar información, alcanzar metas comunes, realizar demandas al Estado y responsabilizar a los empleados oficiales.

La existencia de una sociedad civil diferenciada de la sociedad política es un prerrequisito para la democracia. Sin ella, no hay Estado legítimo.

Ciudadanía: Es una pertenencia voluntaria regida por una lógica de derechos y obligaciones y con capacidad de decisión, donde las personas se comportan de acuerdo a una identidad, es decir un reconocimiento de sí mismos y de los otros como racionales, iguales, libres.

Participación: Es la acción de formar parte en una actividad, tomar decisiones, tener iniciativas frente a algo. Entendida como el conjunto de procesos y mecanismos por los que ciudadanos/as, conscientes de su condición y derechos, intervienen de manera individual o colectiva, en los asuntos públicos que le afectan, posicionándose como interlocutor(es) del Estado y de sus representantes, para el diálogo, negociación y control social de las políticas públicas, los programas y servicios que las implementan. Es el caso de la vigilancia ciudadana

La Participación Ciudadana: Es el derecho que tenemos todas y todos los ciudadanos y ciudadanas de formar parte en la vida social y política de nuestra comunidad y del país en general. Podemos participar en la toma de decisiones sobre aspectos que consideramos importantes, por ejemplo, en la elección de autoridades o en el control de la gestión de éstas para que cumplan bien su labor.

El verdadero sentido de la participación reside en trabajar por el compromiso social que tiene el ciudadano con el desarrollo de su ciudad y su país. El progreso local es una forma de inversión social, orientada a canalizar capacidades individuales y colectivas de ciudadanos y ciudadanas capaces de organizarse.

Una sociedad civil es fuerte cuando las personas se agrupan y se organizan según sus diversos intereses y necesidades, crean instituciones e intervienen en los espacios públicos para trabajar por su bienestar y el de los demás.

Procedimientos y mecanismos para ejercer la participación ciudadana activa

- Elegir y también ser elegidos (as).
- Manejar información y opinar sobre los asuntos públicos.
- Presentar iniciativas ciudadanas de reforma constitucional y de legislación.
- Colaborar y tomar decisiones en la gestión del desarrollo del distrito, provincia y región.
- Vigilar y controlar la buena marcha de la gestión pública.
- Pronunciarse en los referendos y en las consultas ciudadanas.

Leyes sobre Participación Ciudadana en Salud

- Ley General de Salud.
- Ley de Transparencia y acceso a la información pública.
- Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y Locales.
- Ley de los Derechos de Participación y Control Ciudadano.
- Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley de Cogestión y Participación Ciudadana en Salud.

4. DESARROLLO DE HERRAMIENTAS

HERRAMIENTA N° 01: VIDEO: EL ROSTRO DEL PERÚ

Descripción de la herramienta:

El video tiene una duración de 3.30 minutos, muestra imágenes de los diferentes Pueblos Indígenas del territorio nacional (aunque el video los muestra como grupos étnicos - este punto debe aclararse al finalizar la proyección).

Permite conocer y diferenciar los pueblos indígenas del Perú y reconocer la pertenencia cultural de los participantes.



HERRAMIENTA N° 02

VIDEO: SIN DERECHOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS HAY DESIGUALDAD

Descripción de la herramienta:

El video tiene una duración de 3.00 minutos, La primera parte presenta Vicenta, una mujer indígena embera que se presenta y explica que son los pueblos indígenas y cuáles son sus derechos.

En la segunda parte trata sobre el Convenio núm. 169 de la OIT, que reconoce a los pueblos indígenas y tribales y sus derechos. Sus principios básicos son el derecho de los pueblos indígenas a mantener y fortalecer sus culturas, formas de vida e instituciones propias, y el derecho a ser consultados y participar de manera efectiva en la toma de decisiones que puedan afectarles.

Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=4w0tJh0noHo&spfreload=10>



HERRAMIENTA N° 03

ANÁLISIS DE CASOS DE LEYES, POLÍTICAS Y NORMAS QUE PROTEGEN LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

Procedimiento: La facilitadora entrega un caso a cada grupo e indica que deben leer el caso y responder las siguientes preguntas:

- ¿Qué se implementará?
- ¿Dónde se implementará?
- ¿Quién(es) implementaran?
- ¿Con quién(es) se implementará?

CASO N° 01: EL DERECHO A LA SALUD EN EL CONVENIO N° 169 DE LA OIT

Artículo 25

5. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.
6. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.
7. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.

8. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.

Artículo 30

3. Los gobiernos deberán adoptar medidas acordes a las tradiciones y culturas de los pueblos interesados, a fin de darles a conocer sus derechos y obligaciones, especialmente en lo que atañe al trabajo, a las posibilidades económicas, a las cuestiones de educación y salud, a los servicios sociales y a los derechos dimanantes del presente Convenio.
4. A tal fin, deberá recurrirse, si fuere necesario, a traducciones escritas y a la utilización de los medios de comunicación de masas en las lenguas de dichos pueblos.

CASO Nº 02: LA POLÍTICA SECTORIAL DE SALUD INTERCULTURAL

1. OBJETIVO GENERAL

La Política Sectorial de Salud Intercultural tiene por objeto regular las acciones de salud intercultural en el ámbito nacional, a fin de lograr la atención de salud como un derecho humano, que favorezca la inclusión, igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, garantizando el ejercicio del derecho a la salud de los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana.

2. DEL ALCANCE

La Política Sectorial de Salud Intercultural es de aplicación obligatoria en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud públicos y otros prestadores que brinden atención de salud en todo el país.

3. DE LA POLÍTICA SECTORIAL DE SALUD INTERCULTURAL

EJE DE POLÍTICA 1.- Garantizar el derecho a la salud desde los enfoques intercultural, de derechos, de género e inclusión social en la prestación de los servicios de salud para los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos, así como para la población afroperuana.

EJE DE POLÍTICA 2.- Fomentar la medicina tradicional o ancestral y su articulación con la medicina convencional.

EJE DE POLÍTICA 3.- Fortalecer capacidades y habilidades de los recursos humanos en salud intercultural.

EJE DE POLÍTICA 4.- Fortalecer la identidad cultural y la participación de los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana en los servicios de salud.

CASO Nº 03: DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LAS NACIONES UNIDAS

Documento no vinculante, no coercitivo. Instrumento de derechos humanos que pretende eliminar la discriminación contra los indígenas.

Tiene énfasis en la autodeterminación para el manejo de los programas de salud, la protección del sistema de salud indígena y las garantías de acceso irrestricto a los servicios de salud.

Artículo 23

Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar y a elaborar prioridades y estrategias para el ejercicio de su derecho al desarrollo. En particular, los pueblos indígenas tienen derecho a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud, vivienda y demás programas económicos y sociales que les conciernan y, en lo posible, a administrar esos programas mediante sus propias instituciones.

Artículo 24

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas, animales y minerales de interés vital desde

el punto de vista médico. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud.

2. Las personas indígenas tienen derecho a disfrutar por igual del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente la plena realización de este derecho.

CASO N° 04: DECLARACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DE ESTADOS AMERICANOS OEA SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

Acordado por el Consejo Permanente en la sesión celebrada el 7 de junio de 2016 después de 17 años de espera

SECCIÓN SEGUNDA: Derechos Humanos y Derechos Colectivos

Artículo 28: Salud

- 1) Los pueblos indígenas tienen derecho en forma colectiva e individual al disfrute del más alto nivel posible de salud física, mental y espiritual.
- 2) Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propios sistemas y prácticas de salud, así como al uso y la protección de las plantas, animales, minerales de interés vital, y otros recursos naturales de uso medicinal en sus tierras y territorios ancestrales.
- 3) Los Estados tomarán medidas para prevenir y prohibir que los pueblos y las personas indígenas sean objeto de programas de investigación, experimentación biológica o médica, así como la esterilización sin su consentimiento previo libre e informado. Asimismo, los pueblos y las personas indígenas tienen derecho, según sea el caso, al acceso a sus propios datos, expedientes médicos y documentos de investigación conducidos por personas e instituciones públicas o privadas.
- 4) Los pueblos indígenas tienen derecho a utilizar, sin discriminación alguna, todas las instituciones y servicios de salud y atención médica accesibles a la población en general. Los Estados en consulta y coordinación con los pueblos indígenas promoverán sistemas o prácticas interculturales en los servicios médicos y sanitarios que se provean en las comunidades indígenas, incluyendo la formación de técnicos y profesionales indígenas de salud.
- 5) Los Estados garantizarán el ejercicio efectivo de los derechos contenidos en este artículo.

CASO N° 05: NORMA TÉCNICA 121 “NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL EN EL MARCO DE LOS DERECHOS HUMANOS CON PERTINENCIA INTERCULTURAL”

I. FINALIDAD

Contribuir a la resolución de la mortalidad materna y mortalidad materna perinatal, a través de la institucionalización del parto en posición vertical en el marco de derechos humanos considerando las evidencias científicas y el enfoque de pertinencia intercultural en todas las gestantes a nivel nacional (ámbito urbano, urbano marginal y rural).

II. OBJETIVOS:

2.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer los criterios técnicos para el manejo estandarizado y de calidad en la atención integral de parto vertical en el marco de los derechos humanos, basado en las evidencias científicas y el enfoque de pertinencia intercultural.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer los procedimientos técnicos necesarios que permitan la atención de calidad del parto en posición vertical basado en la evidencia científica.
- Determinar los procesos de gestión requeridos para asegurar la disponibilidad e idoneidad de los recursos que permitan el acceso oportuno y el manejo adecuado

de la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural.

- Establecer los requisitos de organización de los establecimientos de salud para la atención del parto vertical de acuerdo a las costumbres de cada zona, contribuyendo al incremento del parto institucional a nivel nacional.
- Fomentar en todos los establecimientos de salud a nivel nacional el protagonismo de la parturienta en todas las etapas del trabajo de parto, brindándole la opción de elegir la posición de dar a luz, con el acompañamiento de su pareja u otro familiar.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente Norma técnica de salud es de alcance nacional y es de aplicación obligatoria en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud públicos y otros prestadores (EsSalud, Sanidades de las Fuerzas Armadas del Ministerio de Defensa y Sanidad de la Policía Nacional del Perú del Ministerio del Interior) y en los establecimientos de salud privados interesados en desarrollar el procedimiento.

HERRAMIENTA N° 04 **ASÍ COMO TENGO DERECHOS, TAMBIÉN TENGO DEBERES**

Procedimiento: antes de iniciar la facilitadora preparará los del mismo color. Se entregará una tarjeta a cada participante y se colocaran en la pared dos letreros: Deber y derecho. Se indicará a los participantes que coloquen la cartulina que le toco en la columna que considera corresponde y deberá explicar porque considera que es deber o derecho la cartulina que le tocó.

Derechos y responsabilidades de los usuarios de salud

Tus derechos:

- Ser atendido en caso de emergencia las 24 horas
- Recibir una atención de salud oportuna, segura e integral
- Que respeten tus costumbres durante la atención
- Recibir información comprensible sobre tu estado de salud
- A que el personal de salud guarde en secreto sobre tu estado de salud
- Aceptar libremente los procedimientos y operaciones necesarias
- Recibir atención con amabilidad y respeto
- Acceder a medicamentos, insumos y exámenes auxiliares necesarios
- Respeto a la medicina tradicional y a las personas que la conocen y practican.

Tus deberes:

- Acudir al hospital inmediatamente de haberse producido la emergencia
- Regresar a la cita programada dentro del horario de atención
- Escuchar y cumplir recomendaciones del personal de salud
- Preguntar hasta entender las indicaciones y consejos
- Informar con confianza sobre el motivo de tu consulta
- Practicar hábitos saludables para prevenir enfermedades
- Mantener una relación cordial con el personal del establecimiento de salud
- Evitar la automedicación

HERRAMIENTA N° 05: ROMPECABEZAS DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Procedimiento: antes de iniciar la facilitadora preparará dos juegos de tarjetas. Cada juego debe contener en una tarjeta la frase y en otra la definición de la frase. Tal como se presenta en siguiente gráfico:



Mezclar bien las tarjetas y entregar un juego de tarjetas a cada grupo. Cada grupo tiene un tiempo suficiente para relacionar correctamente las tarjetas.

HERRAMIENTA N° 06
VIDEO: EXPERIENCIAS DE VIGILANCIA CIUDADANA

Descripción de la herramienta:

El video tiene una duración de 11 minutos, muestra la experiencia de vigilancia ciudadana de los Establecimientos de Salud y de la Defensoría Municipal del Niño y Adolescente (DEMUNA).

El video recoge los testimonios de mujeres artesanas, autoridades y funcionarias/os en diferentes distritos del departamento de Puno sobre 8 experiencias de vigilancia ciudadana - Año: 2014.

- **Anexo I de la Política: Acuerdos de las reuniones de diálogo entre parteras y proveedores de salud de los establecimientos de salud de Churcampa, Anco y Paucarbamba, Vilcas Huamán, Ayacucho.** (En el marco del proyecto de mejora Fortaleciendo la Institucionalidad del Parto y la Salud Materna con Pertinencia Cultural y Enfoque de Derechos en la Red de Salud Churcampa. Segundo semestre de 2016).

**ACUERDOS DE LAS REUNIONES DE DIÁLOGO ENTRE PARTERAS Y
PROVEEDORES DE SALUD DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE
SALUD DE CHURCAMP, ANCO Y PAUCARBAMBA
Churcampa, 11 octubre 2016**

- a. El personal de salud indicará a las gestantes tomar malva, cebada, amor seco, cáscara de papa blanca para prevenir la infección urinaria en el primer trimestre del embarazo.
- b. Las y los parteros y agentes de la medicina tradicional preguntarán a las mujeres su fecha de última menstruación cuando le tomen el pulso para diagnosticarlas.
- c. Las y los parteros y los agentes de la medicina tradicional referirán a las gestantes antes de los dos meses de gestación.
- d. Existirá coordinación paralela entre el personal de salud y las y los parteros para el cuidado de los gestantes.
- e. Los y las parteras realizarán el manto a las gestantes sin complicaciones ni signos de peligro.
- f. Las y los parteros y los agentes de la medicina tradicional referirán a los recién nacidos que presenten ombligo infectado, qello y fiebre al centro de salud.
- g. El personal de salud permitirá que el acompañante (esposo, familiar o partero) le de agua de guinda si lo solicita, en coordinación con la obstetra de acuerdo a la evaluación de la evolución del trabajo de parto normal.

. Anexo J de la Política: Materiales comunicacionales

- Cartilla “Para garantizar el derecho a la salud de las gestantes desde un enfoque intercultural”, Salud sin Límites Perú-SSLP e IEP, 2017. En: https://issuu.com/saludsinlimitesperu/docs/cartilla_para_garantizar_el_derecho (Se adjunta como Literatura Gris)
- Spots radiales sobre derechos de las gestantes a la salud intercultural elaborados con el Centro de Salud Churcampa, Huancavelica. Salud sin Límites Perú-SSLP e IEP, 2017.
 - a. El respeto a nuestras costumbres y el buen trato es nuestro derecho. Versión quechua.
 - b. El respeto a nuestras costumbres y el buen trato es nuestro derecho. Versión castellano.
 - c. Promotores de salud y el Consejos de Desarrollo Comunal vigilan buen trato. Versión quechua
 - d. Promoción de los servicios de salud para la gestante del Centro de salud Paucarbamba. Versión quechua.
 - e. Promoción de los servicios de salud para la gestante del Centro de Salud Anco. Versión quechua.
 - f. Promoción de los servicios de salud para la gestante del Centro de Salud Churcampa. Versión quechua.
 - g. El servicio de salud y el respeto costumbres gestante y su familia. Versión en quechua.
 - h. El servicio de salud y el respeto costumbres gestante y su familia. Versión castellano.
 - i. Testimonio Adela Pishua sobre buen trato y respeto en su parto en el Centro de Salud Anco.
 - j. Testimonio Francisco Quiroz sobre buen trato y respeto en la atención parto en el Centro de Salud Churcampa
 - k. Testimonio Ruth Rivas sobre buen trato y respeto en parto de esposa en el Centro de Salud Paucarbamba
 - l. Testimonio Virginia Abregú sobre buen trato y respeto en su parto en el Centro de Salud Paucarbamba

- **Nota de prensa sobre aprobación de protocolos.**

https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=10154614125297467&id=9089667466